



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>

A 3.A. 1835.2

HARVARD UNIVERSITY MEDICAL SCHOOL.



LIBRARY

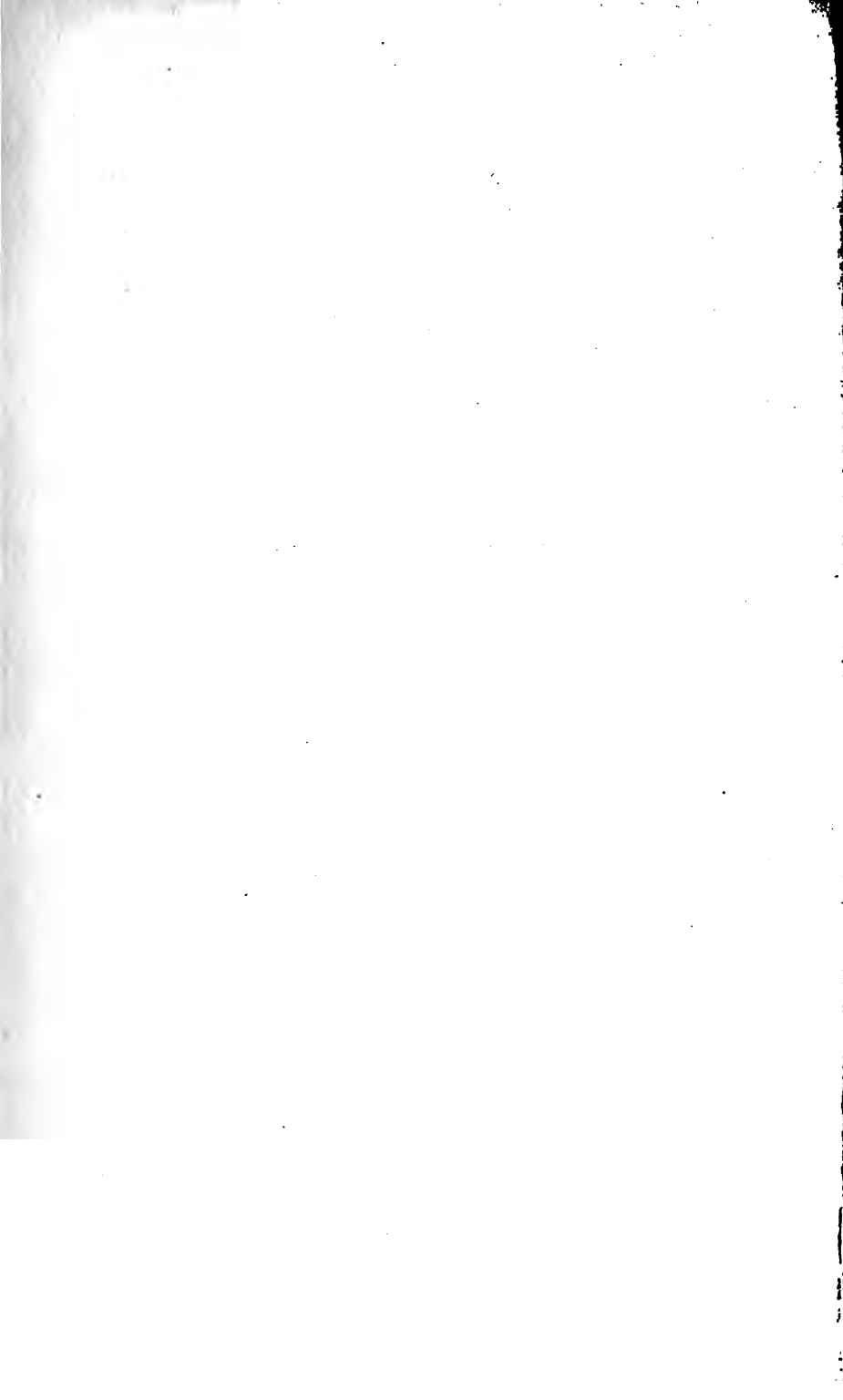
OF THE

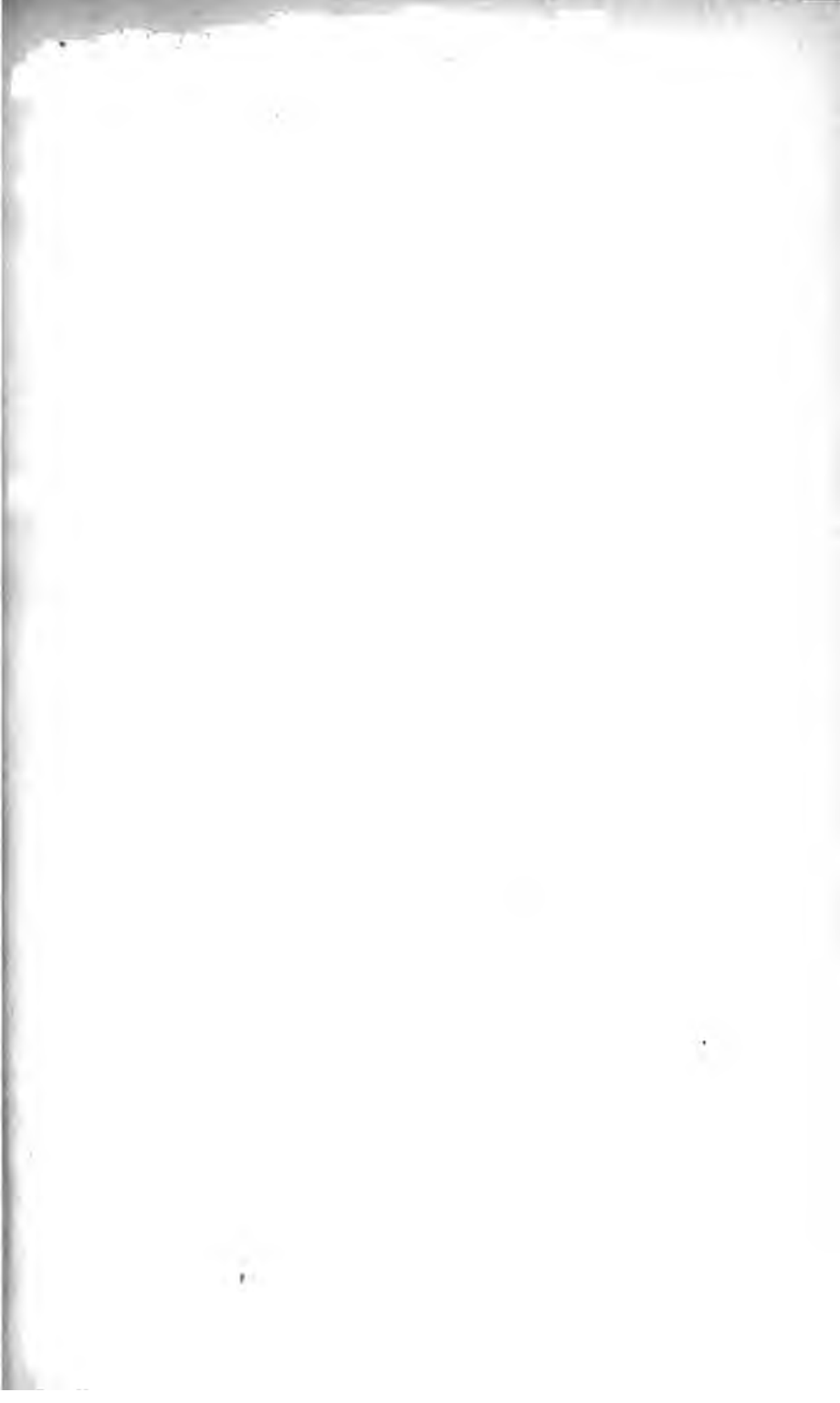
PATHOLOGICAL LABORATORY.

The Gift of Henry F. Sears, M.D.

1898

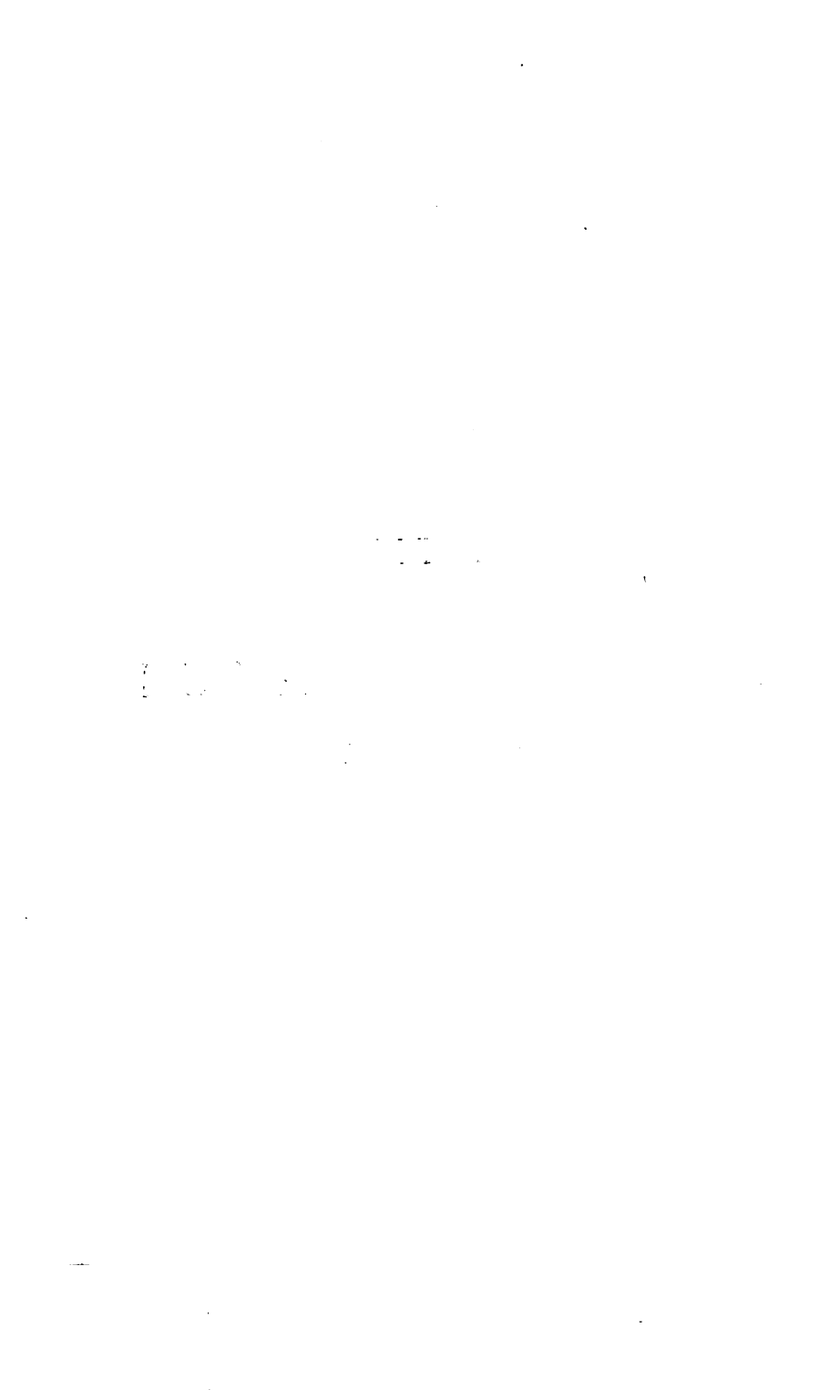








BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS.



BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS

ANATOMIE NORMALE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE, CLINIQUE

XV^e ANNÉE (1880)
4^e SÉRIE. — TOME V

RÉDIGÉS PAR
MM. LETULLE & FÉRÉ
SECRÉTAIRES

PARIS

ADRIEN DELAHAYE et E. LECROSNIER, ÉDITEURS
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1880

3.A.1835.2

LISTE

DES

MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

ANNÉE 1880

Bureau.

Président	MM. CHARCOT.
Vice-Présidents	{ MONOD.
	{ RENDU.
Secrétaires	{ LETULLE.
	{ FÉRÉ.
Trésorier	COSSY.
Archiviste	DE BEURMANN.
Membres titulaires du Comité.	{ QUINQUAUD.
	{ PORAK.
	{ DURET.
— adjoints	{ DEJERINE.
	{ CHAMBARD.
	{ DREYFUS-BRISAC

Membres Honoraires.

MM.

ANGER (Th.), 1874.

BALZER.

BARTHEZ (E.).

BERGER (P.), 1878.

BESNIER (Ern.), 1866.

BESNIER (J.), 1874.

BLACHE (R.), 1873.

BLACHEZ, 1866.

BOUCHARD (Ch.), 1869.

BOUCHEREAU, 1874.

BOUILLY, 1877.

MM.

BOURNEVILLE, 1874.

BRIERRE DE BOISMONT.

BROCA.

BROUARDEL, 1869.

BUCQUOY, 1860.

BUDIN, 1878.

CARRIÈRE, 1874.

CARTAZ, 1879.

CASTELNAU (H. de).

CAZALIS (J.), mai 1878.

CHANTREUIL, 1874.

MM.

CHARCOT, 1873.
 CHARPENTIER, 1872.
 CHOUPE, 1877.
 CORNIL (V.), 1871.
 COYNE, 1877, Bordeaux.
 CRUVEILHIER (Ed.), 1869.
 DANLOS, 1879.
 DEBOVE, 1876.
 DENUCÉ.
 DESORMEAUX, 1868.
 DESPRÉS (Ar.), 1869.
 DUCASTEL, 1877.
 DURAND-FARDEL.
 DUGUET, 1873.
 DUPUY, 1879.
 FERNET, 1874.
 FIAUX.
 FONTAN, 1872.
 GÉRIN-ROZE, 1867.
 GINGEOT, 1874.
 GOUBAUX.
 GOUGUENHEIM, 1877.
 GOURAUD (X.), 1862.
 GUÉNIOT, 1873.
 GUYOT, 1867.
 HALLÉ, 1872.
 HALLOPEAU, 1876.
 HANOT, janvier 1878.
 HARDY (A.).
 HAYEM, 1874.
 HÉNOCQUE, 1874.
 HÉRARD.
 HOUEL, 1852.
 JOFFROY, 1877.
 LABARRAQUE (E.), 1878.
 LABBÉ (Léon), 1871.
 LABORDE (J.-V.), 1873.

MM.

LANCEREAUX, 1873.
 LANDOUZY (L.), 1878.
 LANNELONGUE, 1873.
 LE DENTU, 1874.
 LENHOSSEK, professeur à
 Pesth, février 1876.
 LEGROUX, 1874.
 LÉPINE, 1876, Lyon.
 LEUDET.
 LIOUVILLE, 1875.
 LONGUET, 1877, Bourges.
 LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (Just),
 1879.
 LUNIER, 1851.
 MAGNAN, 1874.
 MALASSEZ, 1876.
 MARCANO, 1878.
 MARTINEAU, 1867.
 MERCIER.
 MEURIOT, 1873.
 MILLARD, 1866.
 MOISSENET.
 MONOD (Ch.), 1876.
 NEPVEU, juillet 1878.
 NICAISE, 1872.
 OLLIVIER (A.), 1874.
 ORY, 1879.
 PARROT, 1873.
 PAUL (C.), 1866.
 PÉRIER, 1872.
 PIOGEY, 1856.
 PITRES, 1878 (Bordeaux).
 POTAIN.
 POUMET, 1872.
 POZZI, décembre 1878.
 PROUST (Ad.), 1865.
 RANVIER, 1873.

MM.

RECLUS (P.), 1875.
 RENAUT (J.) (Lyon), 1877.
 RENDU, 1877.
 RICHELOT, 1877.
 RICORD.
 ROBIN (A.), 1879.
 ROGER (H.), 1840.
 SANNÉ, juillet 1878.
 SEVESTRE, 1876.
 SINÉTY (de), 1876.

MM.

SCHWEICH, 1874.
 TERRILLON, 1876.
 TRÉLAT (U.), 1864.
 TROISIER, 1878.
 TURNER, 1878.
 VERNEUIL.
 VIDAL.
 VOISIN (A.), 1871.
 VULPIAN, 1873.

Membres titulaires.

MM.

DURET, 1877.
 FÉRÉ, mars 1878.
 HENRIET, 1879.
 HOMOLLE (G.), 1875.
 MOUTARD-MARTIN (R.), 1867.

MM.

PINARD, juillet 1877.
 PORAK, 1879.
 QUINQUAUD, 1879.
 SCHWARTZ, 1879.

Membres adjoints.

MM.

AVEZOU, juillet 1879.
 BALLEZ, juillet 1879.
 BARIÉ, juillet 1875.
 BARTH, mai 1879.
 BAZY, mai 1879.
 BELLOUARD, 14 février 1879.
 BERDINEL, novembre 1878.
 BEURMANN (de), 1877.
 BOTTENTUIT, 1869.
 BOYER (de), décembre 1877.
 BRAULT, novembre 1879.
 BRISSAUD, mars 1878.
 BRUN, mai 1879.
 BÉRINGIER, mars 1880.
 CAMPENON, 1872.

MM.

CASTEX, mai 1879.
 CHAMBARD, novembre 1878.
 CHUQUET, juillet 1877.
 COSSY, juillet 1878.
 CUFFER, 1874.
 DEFFAUX, 1874.
 DEJÉRINE, mars 1878.
 DESNOS, mars 1880.
 DOLERIS, mai 1880.
 DUBAR, décembre 1879.
 DREYFOUS, 18 février 1879.
 DREYFUS, novembre 1876.
 GRAUX, décembre 1875.
 HIRTZ, décembre 1875.
 JALAGUTER, décembre 1879.

MM.

JEAN, novembre 1876.
 JOSIAS, mai 1880.
 KIRMISSON, juillet 1878.
 LATASTE, décembre 1879.
 LEBLOND, juillet 1876.
 LOLOIR, mai 1880.
 LEROUX, décembre 1877.
 LETULLE, juillet 1877.
 LEVRAT, juillet 1879.
 LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (P.),
 1875.
 MARCHANT (G.), décembre
 1876.
 MARTIN, juillet 1878.
 MAYGRIER, mars 1880.

MM.

MAYOR, juillet 1878.
 OULMONT (P.), 1875.
 PETIT (Ch.-H.), juillet 1875.
 PEYROT, 1873.
 PIÉCHAUD, novembre 1879.
 PLANTEAU, décembre 1875.
 POULIN, mai 1879.
 QUENU, 14 février 1879.
 REMY (Alb.), février 1875.
 REMY (Ch.), décembre 1875.
 REYNIER, mai 1879.
 SEGOND, décembre 1879.
 SAVARD, mai 1880.
 TAPRET, mars 1878.
 VOISIN (J.), 1874.

Membres correspondants.

MM.

ALFEROW, 1874, Charkhoff,
 Russie.
 ANDRAL (Léon), Eaux-Bon-
 nes.
 AUGER, Bolbec, Seine-Infér.,
 1876.
 BARÉTY, 1874, Nice.
 BERCIOUX, Bourges.
 BERGERON, Paris.
 BIDARD, Paris.
 BIDE, Madrid.
 BINET, Suisse.
 BLAIN, Bernay.
 BLANQUINQUE, 1870, Laon.
 BLUM, Paris.
 BOCHEFONTAINE, 1874, Paris.
 BOÉCHAT, Fribourg.
 BOISSIER, 1876, Paris.

MM.

BONNET, Valence (Drôme).
 BOUCHER, Corbeil.
 BOUCHUT, Paris.
 BOURCERET, 1877, Paris.
 BOUSSEAU, Cholet (M.-et-L.).
 BRUTÉ, Rennes.
 BULTEAU, Reims.
 BUTRUILLE (Roubaix), 1878.
 CADET DE GASSICOURT, Paris.
 CADIAT, Paris.
 CAMPBELL, Paris.
 CARESME, Paris.
 CARION, Charleville.
 CARPENTIER-MÉRICOURT, Pa-
 ris, 1875.
 CARVILLE, Menton.
 CAUCHOIS, Rouen.
 CHAVERNAC (Montpellier).

MM.

CAZIN, 1869, Boulogne-sur-Mer.
 CHALLAND, Lausanne.
 CHEDEVERGNE, Poitiers.
 CHENET, Paris.
 CHÉNIEUX, Limoges.
 CHEVALET, 1877, Paris.
 CLÉRAULT.
 COLIN, Alfort.
 CORNILLON, Vichy.
 COTTIN, Dijon.
 COULON, Eterpigny (P.-de-C.)
 COUSTON, à Daras, 3 mars 1876. (Lot-et-Garonne).
 COUTY, 1876, Paris.
 CURTIS, Boston (U.-S.).
 CUSCO, Paris.
 DAMASCHINO, Paris.
 DAROLLES, Provins (S.-et-M.).
 DECÈS (A.), Reims.
 DECORNIÈRE, Lisieux.
 DEFOIX, 1874, Buenos-Ayres.
 DELAUNAY, Paris, 1876.
 DELBARRE, Cambrai.
 DELPECH, Paris.
 DEMANGE, 1874, Nancy.
 DENY (G.), 1876, Paris.
 DÉPÉRET-MURET, Limoges.
 DESCHAMPS, Neuilly.
 DEVILLE, Harrogate (Angleterre).
 DEVOUGES, Corbeil.
 DIANOUX, 1875, Nantes.
 DIEULOFOY, Paris.
 DODEUIL, Ham.
 DRANSART, Somain (Nord).
 DUBOIS, Abbeville.

MM.

DUBRUEIL, Montpellier.
 DUBUC, Paris.
 DUMONT-PALLIER, Paris.
 DUPERTUIS, Champigny (S.).
 DUPLAY (S.), Paris.
 DURAND, St-Martin-d'Auxigny (Cher).
 DUSAUSSAY, Paris.
 EXCHAQUET, Bex, (canton de Vaud), Suisse.
 D'ESPINE, Genève.
 FARABEUF, Paris.
 FAURE, Riom.
 FERRAND, Paris.
 FIOUPPE, 1876. Marseille.
 FLEUROT, Dijon.
 FOUCAULT, Fontainebleau.
 FOURESTIÉ, 1876, Paris.
 FOURNAISE, 1876, Paris.
 FOURNIER, Paris.
 FRÉMY, fils, Paris.
 GADAUD, Périgueux.
 GALLOPAIN, Evreux, 1877.
 GARNIER, décembre 1878.
 GARSEAUX, Paris.
 GAUDRON, 1876, Besançon.
 GELLÉ, Paris.
 GIRARD, Grenoble.
 GOETZ, Genève.
 GOLAY, Genève.
 GRANCHER, Paris.
 GRIPAT, Angers.
 GUILLAUMET, 1874, Paris.
 GUINAND, 1878 (Lyon).
 GUYARD, Paris.
 GUYON, Paris.
 HABRAN, Reims.

MM.

HALLEZ, Lille.
 HAMY, Paris.
 HEYDENREICH, Nancy.
 HENROT, Reims.
 HERPIN, Tours.
 HERPIN (O.), 1876, Tours.
 HERVEY, Troyes.
 HILLAIRET, Paris.
 HORTELOUP, 30 juin 1877, Paris.
 HUBERT, Paris.
 HUCHARD, Paris.
 HUGONNEAU, 1876.
 HUTINEL, Paris.
 ISZENARD, 1876, Saint-Denis.
 JACQUEMART, Auteuil.
 JOSIAS, 1878, Paris.
 KELSCH, 1874, Philippeville, Algérie.
 LABADIE-LAGRAVE, 1879, Paris.
 KOMOROWSKI, 76, Mondou-bleau (Loir-et-Cher).
 LABOULBÈNE, Paris.
 LACOMBE, Paris.
 LACROUZILLE, Périgueux.
 LADMIRAL (Pascal), 3 mars 1876.
 LADREIT DE LA CHARTÈRE, Paris.
 LAFONT, Bayonne.
 P. de LAFOULHOUZE, 1876.
 LAGRANGE, 1874, Châlons-sur-Saône.
 LAILLIER, Paris.
 LALLEMENT, Nancy.

MM.

LAMARRE, St-Germain-en-Laye.
 LANGLET, Reims.
 LAUGIER (M.), Paris.
 LE BAIL, le Mans.
 LEBREDO, La Havane, 1877.
 LEBRETON, 1874, Paris.
 LEDIBERDER, Lorient.
 LE DOUBLE (A.), 1876, Tours.
 LEDRU, Clermont-FERRAND.
 LE FORT (L.), Paris.
 LÉÉE, 1868, Abbeville (Somme).
 LÉGER, Amiens.
 LEMAISTRE, Limoges.
 LEROY DES BARRES, St-Denis.
 LESOUËF, Criquetot-Souville (Seine-Inférieure).
 LEVIEUX, Bordeaux.
 LOLLLOT, 1877, Paris.
 LUBIKOFF, 1874, Moscou.
 LUTON, Reims.
 LUY, Paris.
 MAGNAN, Paris.
 MAINGAULT, Paris.
 MALHERBE, père, Nantes.
 MALHERBE (Albert), Nantes.
 MARCÉ, 1874, Nantes.
 MARCHAND, Paris, 1877.
 MARJOLIN, Paris.
 MARTIN, Nevers.
 MARTIN (E.), Genève.
 MARTINET, 1876 (Ste-Foy-la-Grande), (Gironde).
 MASSOT, à Perpignan.
 MAUNOURT (Chartres).

MM.

MIERZEJEWSKY, à Saint-Pétersbourg.
 MOCQUOT.
 MOLLOY, Paris.
 MONOD (L.), Paris.
 MONOD (E.), Bordeaux.
 MORISSET, Martial, 1878.
 MOSSÉ, Montpellier.
 MOTTA-MAIA, Rio-Janeiro, 11 février 1876.
 MOUTON, 1874, Cutz (Oise).
 MOYNIER, Paris.
 NÉGRIÉ, Bordeaux.
 NITOT, Paris.
 NIVERT, Paris.
 NOVARO (Buenos-Ayres).
 OLIVIER, Rouen.
 PAINETVIN, Fresnoy-le-Grand, (Aisne).
 PANAS, Paris.
 PAQUET, Paris.
 PARIS, Angoulême.
 PARISE, Lille.
 PASTEUR, Paris.
 PASTURAUD, Etampes.
 PAUFFARD, Dijon.
 PAUSTEAU, Paris.
 PÉAN, Paris.
 PEAUCELLIER.
 PELTIER, Sedan.
 PELVET, Vire (Calvados).
 PERRIN, Paris.
 PETCE, Rouen.
 PETITFILS, Vierzon.
 PETON, Henri, juillet 1878, Paris.
 PEULEVÉ, Amiens.

MM.

PEYRAUD, Libourne.
 PICHARDO, La Havane, 1877.
 PLANCHON, Paris.
 POISSON, Nantes.
 POLYCHRONIE, 1874, Bucharest.
 PONCET, 1874, Lyon.
 PRUSNEAU, l'Isle (Yonne).
 RAGOT, Pont-Audemer.
 RATHERY, Paris.
 RAYMOND, Limoges.
 RAYMOND, 1876, Paris.
 RAYNAUD (M.), Paris.
 REIGNIER, Moulins.
 RENAULT, Paris.
 REVERDIN, Genève.
 REY, Gaillac (Tarn).
 RICHARD-MAISONNEUVE, Paris.
 RICHET, Paris.
 RIGABERT, 1874, Pont-d'Envaux (Charente-Infér.).
 RONDOT, Mamers (Sarthe).
 ROSAPELLY, 1878, Paris.
 ROQUE, Arnac-Pompadour (Corrèze).
 SAISON, Paris.
 SCHLOSS, Paris.
 SECOND-FÉRÉOL, Paris.
 SÉE (M.), Paris.
 SEUVRE, 1874, Reims.
 SÉZARY, Alger.
 SIREDEY, Paris.
 SLAWJANSKI, St-Pétersbourg.
 SOCKEEL, 1874, Versailles.
 SPIESS, Genève.
 STOICESCO, fév. 1876. Bucharest.

MM.

VIDAL SOLARÈS, 1878, Paris.
 TARNIER, Paris.
 TEILLAIS, Nantes.
 TEISSIER fils, Lyon.
 THAON, Nice.
 THIBIERGE, Paris.
 THIERRY, Rouen.
 THORENS, 1877, Paris.
 TILLAX, Paris.
 TONNET, Niort.
 TORRÈS Melchior (Buenos-Ayres), 1878.
 TRIPIER (L.), Lyon.

MM.

ULLIAC (Henri), Paris.
 URDY, 1874, Avignon.
 VERETTE (Marcel), Sézanne (Marne).
 VEYSSIÈRE, 1877, Paris.
 VIGUIER (J.), 1874.
 VILLARD, Guéret.
 WARINGHEM, Calais.
 WAST, Vitry-le-Français.
 WILBOUCHEVITCH (BORIS DE), 1874, Moscou.
 ZIEMBICKI, Vienne.

BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS

55^e ANNÉE. — JANVIER 1880.

Séance du 9 janvier 1880.

PRÉSIDENTE DE M. TERRILLON.

1. Note sur la maladie bleue. Température centrale; par BOURNEVILLE, médecin de Bicêtre, et d'OLLIER, interne des hôpitaux.

Les exemples de malformation du cœur sont assez communs et nous n'aurions pas publié le nôtre, s'il ne nous fournissait l'occasion d'appeler l'attention sur un phénomène clinique encore peu connu : la marche de la température dans la maladie bleue.

OBSERVATION I. — *Anomalies du cœur : persistance du trou de Botal; communication interventriculaire et ouverture de l'aorte dans les deux ventricules; rétrécissement considérable de l'infundibulum pulmonaire du ventricule droit.*

Bour..., Georges, 4 ans, est entré, le 26 juin 1879, à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents héréditaires. — Nuls du côté du père qui ne présente ni alcoolisme, ni diathèses, ni névropathies. — Du côté de la mère, aucun antécédent névropathique direct; elle aurait eu à plusieurs reprises des émotions vives pendant sa grossesse et serait accouchée 3 semaines avant

terme. — Un frère de 2 ans, intelligent, qui a marché à 11 mois, et une sœur de 4 mois, bien portante.

Suivant la mère, B... ne présentait pas de cyanose au moment de sa naissance (?). — A 4 mois, il eut des *convulsions* tous les jours, pendant une huitaine de jours; elles étaient surtout marquées du côté droit. — Puis, il y eut un arrêt de 15 jours, et les convulsions reprirent ensuite à des intervalles variables. La 1^{re} dent a percé à 8 mois. — C'est seulement à 2 ans que B... a comencé à marcher seul. — Quant à la *parole*, il ne pouvait alors que prononcer la syllabe « mam mam mam » qu'il répétait indéfiniment. Il n'a jamais su manger seul.

C'est seulement depuis l'âge de 18 mois que l'on a remarqué que l'enfant devenait bleu, comme il l'est aujourd'hui au moment des accès; plus tard, la cyanose persista dans les intervalles. Les accès étaient quelquefois si fréquents qu'on en a compté jusqu'à 20 dans les 24 heures. Les plus longues intermittences étaient de trois semaines. On n'a pas remarqué d'étourdissements.

Cet enfant présentait, dès son entrée, une cyanose très prononcée des lèvres et de la face qui est pâle. Cette cyanose est plus marquée à certains moments et revient en quelque sorte par accès. La langue est presque noire. Les pieds et les mains sont violacés.

B... est très maigre; ses membres sont longs et grêles; les côtes sont saillantes, principalement les 3^e, 4^e et 5^e, au niveau de leur attache sternale. Les testicules sont descendus; la verge présente une malformation du prépuce qui manque dans sa moitié inférieure, tandis qu'il est anormalement développé dans sa moitié supérieure qui forme une sorte de tablier. — Pas d'onanisme.

Ce malade ne parle pas, ne reconnaît pas ses parents et ne manifeste de plaisir qu'à la vue des aliments; il commence seulement à saisir avec la main ce qu'on lui présente. Il est gâteux.

7 octobre. — L'enfant se tient difficilement sur les jambes; il est très oppressé dès qu'il fait quelques pas. L'auscultation du cœur dénote un bruit de souffle rude au premier temps et à la base. Il n'y a pas de frémissement. C'est à peine si l'on voit battre la pointe du cœur. Pouls veineux bien marqué, à 140. Sommeil agité. L'enfant se réveille quelquefois en criant. Traitement anti-scrofuleux; exercer l'enfant à marcher.

22 novembre. — L'enfant est faible et très amaigri. Cependant il marche si on le tient par la main. Les extrémités sont toujours cyanosées. Il tousse un peu. T. R. 37°,6.

30 déc. — B..., qui avait repris notablement, a beaucoup maigri à cause des froids qui l'ont confiné à l'infirmerie, et il s'est affaibli au point qu'on est obligé de le laisser couché et de suspendre les exercices. T. R. 37°, 4.

1880. 3 janvier. — L'amaigrissement se prononce de plus en plus. Les oreilles, les lèvres, la langue, les mains et les pieds sont fortement cyanosés. Il y a un érythème très prononcé des bourses, des fesses, et des ulcérations au niveau du sacrum et des trochanters. Les jambes ont une tendance à se placer dans la flexion; l'enfant les remue d'ailleurs aussi bien l'une que l'autre.

A l'auscultation, on trouve quelques râles fins en avant au sommet droit : sous la clavicule gauche, le souffle cardiaque couvre le bruit respiratoire; pas d'impulsion cardiaque exagérée. En arrière, quelques râles sous-crépitants. Il n'y a nulle part de matité. Toux grasse. — L'enfant mange un peu, même de la viande; il ne vomit pas; garde-robes normales. P. petit, régulier à 180; T. R. 38°, 6. — Soir : T. R. 38°, 2.

4 janvier. — T. R. 38°, 2. — Soir : T. R. 38°, 8.

5 janvier. — L'enfant décline de plus en plus. La peau est légèrement chaude à la main. Les mains et les pieds sont violacés sans être froids. Les lèvres et la face sont également cyanosées. La respiration est très gênée. P. très petit, à 128; T. R. 36°, 2. — Soir : 36°, 8.

6 janvier. — Regard éteint; nystagmus à grandes oscillations. T. R. 36°, 4. Pas de convulsions, ni de contractures, ni de paralysie. — Mort à midi.

AUTOPSIE. 40 heures après la mort. — Cadavre extrêmement maigre. Ventre en bateau, nulle trace de rigidité cadavérique.

Cerveau. Poids 1030 gr. — L'artère communicante antérieure est double. Les autres artères de la base sont normales ainsi que le chiasma, les pédoncules, etc. — L'hémisphère droit pèse 40 gr. de plus que le gauche. (Les 2 hémisphères étaient le siège de nombreuses altérations qui seront l'objet d'une communication ultérieure.)

Intestin grêle normal. L'appendice cœcal est un peu plus long que normalement (8 cent. 1½). — La rate présente plusieurs incisions; poids, 42 gr. — Estomac, rien de particulier. — Le foie présente à la face inférieure du lobe droit, près du bord postérieur, une scissure anormale limitant une partie saillante. Il est très congestionné, la vésicule ne contient pas de calculs. Poids, 460 gr. — La veine porte est très volumineuse.

Le thymus et le corps thyroïde ont leur volume normal.

Les reins se décortiquent facilement. Ils offrent à leur surface plusieurs petites tumeurs d'un blanc jaunâtre présentant à la coupe une forme conique. Poids, 50 gr.

Les poumons présentent tous deux, à la partie posté-

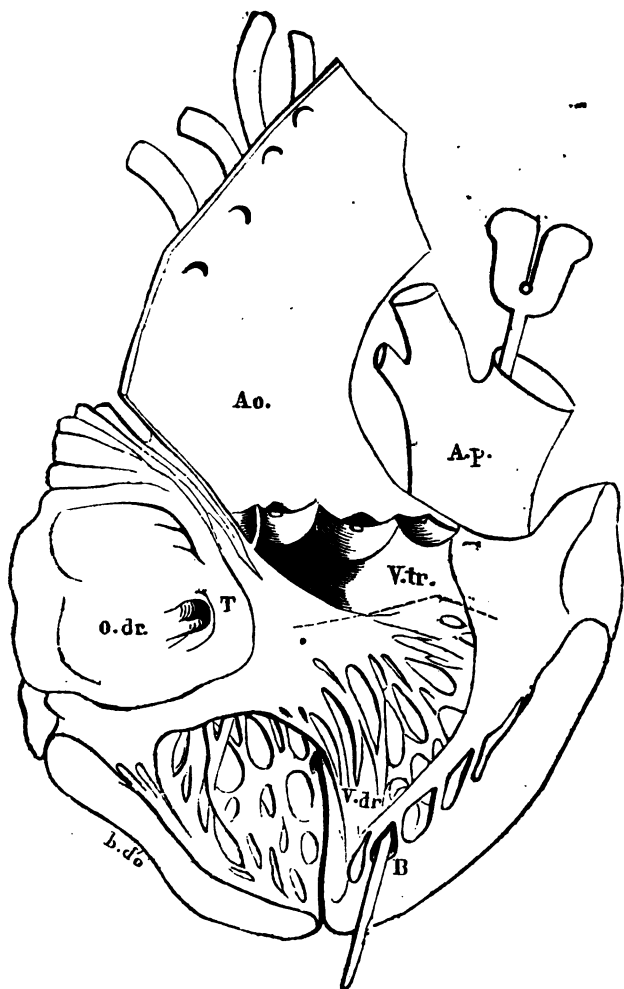


Fig. 1. — V. tr. valvule tricuspidé. — V. dr. ventricule droit. — A. p. artère pulmonaire. — B. orifice inférieur de l'infundibulum pulmonaire. — T. trou de Botai. — O. dr. oreillette droite. — A. o. artère aorte.

rière du lobe inférieur; un foyer d'hépatation rouge assez étendu.

Le péricarde ne contient pas de liquide. — Le cœur est violacé. L'oreillette droite, très distendue, paraît ainsi que la ventricule correspondant, beaucoup plus volumineuse que les parties similaires gauches. L'oreillette droite étant incisée parallèlement au sillon auriculo-ventriculaire, on constate sur la cloison inter-auriculaire, vers la partie antérieure de la fosse ovale, un orifice qui n'est autre que le trou de Botal. Cet orifice peut admettre une sonde de femme. Sa direction est oblique, de droite à gauche et d'arrière en avant, de manière que la lèvre postérieure de l'orifice proémine dans l'oreillette gauche et l'antérieure dans l'oreillette droite.

L'ouverture du ventricule droit y montre l'absence de l'infundibulum de l'artère pulmonaire. Les parois de ce ventricule sont épaisses de 10 à 12 millimètres vers la partie moyenne, tandis que dans le ventricule gauche les parois, mesurées au même niveau, n'ont guère plus de 5 à 6 millimètres d'épaisseur (1).

Le septum cardiaque est incomplet (Fig. 1). Vers la base des ventricules, il présente une légère échancrure arrondie et lisse au niveau de laquelle les deux cavités ventriculaires communiquent. L'aorte, légèrement dilatée à son origine, prend naissance directement au-dessus de l'espèce d'éperon ainsi formé par la cloison, de sorte qu'elle s'ouvre à la fois dans les deux ventricules. La circonférence de son orifice est de 44 millimètres. Les valvules sigmoïdes aortiques présentent leur forme et leur nombre normaux et sont épaissies au niveau de leur bord libre. Des altérations analogues, mais encore plus marquées, existent sur le bord libre et la face supérieure des trois valves de la tricuspide.

L'artère pulmonaire est notablement rétrécie ainsi que son orifice, qui présente seulement 35 millimètres de circonférence, et est pourvu de 3 valvules sigmoïdes. Sur la face inférieure de la valvule sigmoïde droite, s'insère un petit pilier charnu qui va se rattacher à la paroi ventricu-

(1) D'après Rilliet et Barthez (*Maladies des enfants*, 1861, I, p. 56) la mesure des parois ventriculaires, chez les enfants de 4 ans, donnerait comme moyenne pour l'épaisseur maximum : Ventricule droit 2 millimètres; ventricule gauche 7-9 millimètres. — Chez l'adulte, la moyenne de l'épaisseur de la paroi ventriculaire, mesurée près de la base, serait 6 millimètres. (Dubruel. *Anomalies artérielles*, p. 23.)

laire (Fig. 2). Si on fend la paroi du ventricule droit en suivant la direction du tronc artériel, on voit que celui-ci aboutit à un véritable cul-de-sac, en forme d'entonnoir, ne communiquant avec la cavité ventriculaire que par 3 ou 4 orifices étroits, situés entre les colonnes charnues de la paroi antérieure. Ajoutons qu'à un centimètre environ au-

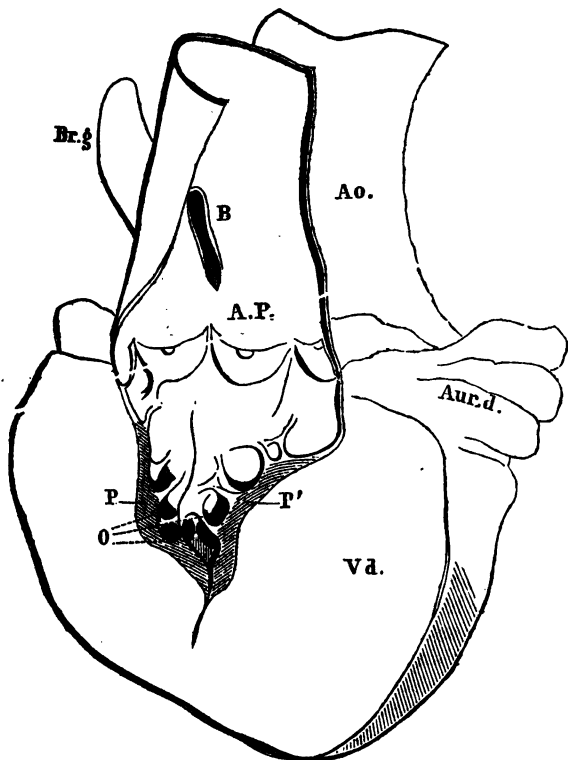


Fig. 2. — A. P. artère pulmonaire. — Br. g. la branche gauche. — P. P'. parois du ventricule droit incisées et écartées pour montrer le mode d'oblitération de l'infundibulum.

dessus de son orifice, l'artère pulmonaire se partage en 3 branches, deux à gauche et une à droite; cette dernière passe au devant de la crosse aortique.

Sur le bord droit du tronc pulmonaire, au niveau de sa bifurcation, se détache un petit cordon arrondi qui va s'amin- cissant de plus en plus et représente vraisemblablement le

canal artériel, bien que sa dissection n'ai pu être poursuivie jusqu'à l'aorte. Au niveau de son insertion sur l'artère pulmonaire, on trouve dans la cavité du vaisseau un orifice très petit qui peut encore admettre la pointe d'une épingle, dans une étendue de 3 à 4 millimètres.

Dans le ventricule gauche, la valvule mitrale présente sa disposition normale, mais ses bords et sa face supérieure sont épaissis et comme bourgeonnants par places. La circonférence de l'orifice mitral est de 54 mill. Celle de l'orifice auriculo-ventriculaire droit de 57 mill. (1). On aperçoit facilement, en relevant la valve droite de la mitrale, l'échancrure du septum qui fait communiquer les deux ventricules.

La crosse de l'aorte donne directement naissance, par sa convexité, aux deux carotides primitives et aux deux sous-clavières. Il n'y a pas de tronc brachio-céphalique.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru intéressante à divers titres. Les anomalies cardiaques que nous avons décrites constituent tout d'abord un fait extrêmement rare. Nous n'avons trouvé dans les auteurs qu'une vingtaine de faits se rapprochant du nôtre, et encore n'est-ce pas sans de sensibles différences, car on sait quelle infinie variété présentent les malformations du cœur et des gros vaisseaux de la base.

La disposition de l'aorte prenant naissance dans les deux ventricules par suite d'un arrêt de développement de la cloison, n'est pas un fait rare, et on le trouve relaté dans un assez grand nombre de cas de cyanose. La *persistance du trou de Botal*, normal ou rétréci, est peut-être encore plus commune ; la sténose de l'artère pulmonaire est plus rare et cette anomalie coïncide presque toujours avec la persistance du canal artériel. Enfin, c'est seulement dans trois ou quatre cas qu'on a observé le rétrécissement de l'orifice ventriculaire de l'infundibulum pulmonaire, disposition dans laquelle le cloisonnement du ventricule droit constitue une cavité nouvelle, une sorte de *ventricule sur-numéraire* (2).

Le mode d'oblitération de l'infundibulum pulmonaire,

(1) Les chiffres donnés par MM. Rilliet et Barthez (*loc. cit.*) pour ces orifices sont :

Orifice auriculo-vent. droit.	7 cent.
Orifice auriculo-vent. gauche.	6
Orifice aortique.	4
Orifice pulmonaire.	4 1.7

(2) Cruveilhier. — *Anat. path.*, II, 498.

tel que nous l'avons décrit dans l'observation précédente, nous paraît être un cas unique. Nous réunissons ici, comme point de comparaison, les divers cas analogues que nous avons trouvés dans les auteurs.

Comme le fait remarquer Cruveilhier (1) « le rétrécissement de l'orifice ventriculo-pulmonaire peut avoir lieu dans divers points : 1° à l'origine même de l'artère pulmonaire ; 2° à la base de l'infundibulum ; 3° dans toute la longueur de l'infundibulum ; 4° l'oblitération peut être complète ».

Ajoutons que, dans une observation, l'artère pulmonaire a été trouvée normale (2), et dans une autre, dilatée (3).

Nous énumérerons d'après cette division les diverses observations que nous allons citer, ne nous occupant naturellement ici, que des cas où une de ces altérations de l'orifice pulmonaire coïncide avec les autres anomalies relatives dans notre observation.

I. — Rétrécissements de l'artère pulmonaire ou de son orifice.

OBS. II. Cas de Holst (de Christiania) (4). Aorte et artère pulmonaire rétrécies et naissant du ventricule droit ; communication des deux ventricules et des deux oreillettes.

OBS. III. Cas de Stenson (5). Rétrécissement de l'artère pulmonaire avec absence du canal artériel. Perforation de la cloison interventriculaire et aorte naissant des deux ventricules.

OBS. IV. Cas de Cailliot (6). Artère pulmonaire très rétrécie. — Aorte provenant des deux ventricules et présentant une inversion des branches de la crosse. Oreillette droite très développée, ventricule droit volumineux.

OBS. V. Cas d'Obet (7). Artère pulmonaire rétrécie. Canal artériel offrant encore une petite ouverture. Aorte d'un diamètre considérable provenant des deux ventricules et offrant une transposition des branches de la crosse. La cloi-

(1) Cruveilhier. *loc. cit.*

(2) Obs. de Sandifort. (Franck. — *Pat. int.*, IV, 403).

(3) Obs. de Cooper, *ibid.*

(4) *Comp. de Médecine*, II, 600.

(5) Franck. — *Pathologie interne*, IV, 403.

(6) Franck. — *Pathologie interne*, p. 401.

(7) Franck. — *Pathologie interne*, p. 404.

son est perforée à sa partie supérieure. L'oreillette droite est très développée ; la gauche très rétrécie.

OBS. VI. (Hogdson) (1). Rétrécissement de l'artère pulmonaire qui ne présente que deux valvules. Cloison interventriculaire perforée à sa base ; l'aorte très développée naît des deux ventricules. Oreillette droite volumineuse, la gauche rétrécie.

OBS. VII. (Cooper) (2). Rétrécissement de l'artère pulmonaire avec oblitération du canal artériel. Perforation de la cloison interventriculaire et aorte naissant des deux ventricules.

OBS. VIII. (Haase) (3). Artère pulmonaire très rétrécie, valvules adhérentes, trou de Botal largement ouvert ; aorte naissant des deux ventricules, mais plutôt du droit.

OBS. IX (Farre) (4). Artère pulmonaire rétrécie, aorte volumineuse naissant des deux ventricules. Ventricules très développés surtout le droit.

OBS. X. (Sandifort) (5). Orifice de l'artère pulmonaire ne laissant passer qu'un stylet très fin et muni seulement de deux valvules très petites, presque adhérentes entre elles. L'artère pulmonaire est rétrécie jusqu'à la bifurcation. Communication des deux oreillettes par un orifice admettant un fort stylet ; à la partie supérieure de la cloison interventriculaire, échancrure capable de laisser pénétrer le bout du doigt. Aorte située comme à cheval sur cette échancrure. — Ventricule droit plus épais que le gauche.

OBS. XI. (Cailliot) (6). Enfant de 11 ans, rétrécissement de l'artère pulmonaire et de son orifice qui ne présente que deux valvules. Canal artériel oblitéré. Persistance du trou de Botal (9 mm. de diam.), ouverture de la cloison interventriculaire pouvant admettre le doigt, faisant communiquer le ventricule droit avec le gauche et avec l'origine de l'aorte.

OBS. XII. (Cailliot) (7). Enfant de 3 ans. Rétrécissement

(1) Franck. — *Pathologie interne*, p. 404.

(2) Franck. — *Pathologie interne*, p. 405.

(3) Franck. — *Pathologie interne*, p. 405.

(4) Franck. — *Pathologie interne*, IV, 405.

(5) Cruveilhier. — *Anatomie pathologique*, I. 496.

(6) Bouillaud. — *Maladies du cœur*, I. p. 676.

(7) Bouillaud. — *Maladies du cœur*, p. 677.

de l'orifice pulmonaire qui ne pouvait admettre qu'un stylet. Canal artériel oblitéré. Trou de Botal admettant une sonde de femme; à la base de la cloison interventric., large ouverture faisant communiquer les deux ventricules entre eux et avec l'aorte. Dilatation considérable de l'oreillette droite. Ventricule droit hypertrophié.

II.—Rétrécissements de l'orifice ventriculo-pulmonaire à la base de l'infundibulum.

OBS. XIII. (Lawrence) (1). Artère pulmonaire normale naissant d'une espèce de troisième cavité. — Aorte provenant des deux ventricules.

OBS. XIV. (Cruveilhier) (2). La base de l'infundibulum, à 13 millimètres de l'origine de l'artère pulmonaire, présentait un pertuis capable de laisser passer seulement une plume de corbeau. Entre ce pertuis et l'orifice de l'artère pulmonaire, l'infundibulum constituait une sorte de petite poche ou de ventricule surnuméraire, de 2 centimètres de diamètre. L'artère pulmonaire, ne présentant que deux valvules, était d'ailleurs saine. Pas de canal artériel.

OBS. XV. (Rey) (3). Fille de 9 ans. L'artère pulmonaire, née du ventricule droit, est très déviée à gauche et presque complètement oblitérée au niveau de son embouchure avec le ventricule. Les valvules sigmoïdes qui sont placées au-dessus de ce rétrécissement sont tassées les unes sur les autres. Pas de canal artériel ni de persistance du trou de Botal. La cloison interventriculaire présente, à sa partie supérieure, une ouverture ovale admettant l'extrémité du doigt annulaire et faisant communiquer les deux ventricules.

L'aorte naît de la région antéro-supérieure du ventricule droit. — Le tronc brachio-céphalique est placé à gauche. — Le ventricule droit présente des parois hypertrophiées mesurant à la base 9 mill. d'épaisseur.

III. — Rétrécissements de l'orifice ventriculo-pulmonaire occupant toute l'étendue de l'infundibulum.

OBS. XVI. (Ribes) (4). Enfant de 6 ans. Le ventricule droit

(1) Franck. — *Pathologie interne*, IV, p. 405.

(2) Cruveilhier. — *Anatomie pathologique*, I, 498.

(3) Dubrueil. — *Anomalies artérielles*, 1847, p. 22.

(4) Houel. — *Catalogue des pièces du musée Dupuytren*. Tome IV
p 11.

hypertrophié et plus volumineux que le gauche, est subdivisé en 2 moitiés par une cloison formée par un double pilier de la valvule tricuspide. En avant et à gauche, ce ventricule donne naissance à l'aorte; — à 2 cent. de l'origine de l'aorte, existe une petite ouverture de 0,005 mill. de diam. qui conduit, après un trajet d'environ 3 centim. dans l'artère pulmonaire. Celle-ci, quatre fois plus volumineuse que le conduit qui lui donne naissance, est garnie à son origine de deux valvules sigmoïdes.

Entre l'origine de l'artère pulmonaire et de l'aorte on trouve une ouverture d'un cent. et demi de diamètre faisant communiquer les deux ventricules. — Le trou de Botal non oblitéré représente une fente de 0,01 cent. de longueur. — Oreillette droite très dilatée. — Ventricule gauche petit

Obs. XVII. (Palois) (1). Enfant de 4 ans.

Artère pulmonaire beaucoup plus petite qu'à l'état normal. A la base du ventricule droit, large ouverture due à une échancre du septum faisant communiquer les deux ventricules et conduisant dans l'aorte qui est volumineuse à son origine. Un peu au-dessus et à gauche, seconde ouverture beaucoup plus petite, à lèvres calleuses, conduisant dans l'artère pulmonaire qui présente seulement deux valvules.

Valvule tricuspide épaissie et comme calleuse au bord libre. Communication des deux oreillettes en plusieurs points de la fosse ovale. — Oreillette droite très distendue, oreillette gauche petite.

IV. — Oblitération complète de l'orifice ventriculo-pulmonaire.

Obs. XVIII. (Lediberder) (2). Cœur carré sans hypertrophie des parois. — Cloison interventriculaire terminée en haut par un bord concave, de sorte qu'à la partie supérieure les deux ventricules ne forment qu'une seule cavité du milieu de laquelle s'élève l'aorte garnie de ses valvules et plus volumineuse qu'à l'état normal. En avant, l'artère pulmonaire présente un calibre moitié moindre que celui de l'aorte. Elle se termine, du côté du ventricule droit, par un cul-de-sac qui intercepte toute communication avec la cavité de ce ventricule.

L'artère pulmonaire communique avec l'aorte par un orifice qui remplace le canal artériel.

Les observations XIII, XIV, XV, XVI et XVII sont, comme

(1) Bouilland. — *Mal. du cœur*. Tom. II, p. 672.

(2) Cruveilhier. — *Anat. path.*. Tom. II, p. 496.

on la voit, celles qui se rapprochent le plus de la nôtre au point de vue de la disposition de l'orifice ventriculo-pulmonaire. Nous ne reviendrons pas sur les autres lésions que nous avons décrites. Ajoutons, cependant, que notre cas confirme l'opinion de Cruveilhier d'après lequel la communication interventriculaire et le rétrécissement de l'orifice pulmonaire seraient les deux anomalies coïncidant le plus fréquemment (1).

Il semble bien y avoir un rapport de cause à effet dans la disposition respective de ces orifices car, ainsi que l'a dit Dubrueil (2), « une anomalie, une déviation en entraîne une » autre et nous retrouvons une sorte de nécessité de rapport harmonique là où tout, au premier aspect, paraît confusion et désordre. »

Température. — Nous présenterons, à propos de la symptomatologie, quelques observations relatives à la marche de la température chez les cyanotiques. On sait qu'on ne trouve sur ce point, dans les auteurs, que des indications vagues et très incomplètes.

Cailliot, le premier (1807), nota la diminution de la chaleur vitale et la sensibilité au froid comme des symptômes fréquents de la cyanose. Plus tard, Gintrac et Laënnec confirmèrent cette opinion. Louis dit n'avoir observé le refroidissement que quatre fois sur sept, et encore n'aurait-il eu lieu que pendant les accès de suffocation (3). A cette époque (1837) où l'on considérait encore le poumon comme le foyer de la chaleur animale, il l'attribua ainsi que les auteurs du *Compendium* à la gêne apportée aux fonctions pulmonaires par le ralentissement de la circulation.

Holst aurait vu le côté gauche se refroidir d'une manière plus sensible que le côté droit et les pulsations des artères du bras gauche disparaître jusqu'au coude (4). Franck mentionne (5) « un sentiment continu de froid appréciable au toucher ».

D'après M. Bouchut (6) la température serait abaissée à 33 et 35° centigrades. Cependant H. Gintrac (7) cite, d'après les expériences de Farre, des températures de 36°, 5 dans la paume de la main et de 38° sous la langue, sans qu'il soit fait mention de maladie intercurrente. Il semble donc qu'il y ait

(1) Cruveilhier, *loc. cit.*

(2) *Anomalies artérielles*, p. 36.

(3) *Comp. de Méd.*, II, 603.

(4) *Id.*, II, 604.

(5) *Path., int.*, 1857, IV, p. 402.

(6) *Mal. des nouveau-nés*, p. 403.

(7) *Dictionn. de méd. et de chir. prat.* Tom. X, p. 626.

d'assez grandes variations individuelles. Nous allons néanmoins présenter le résumé de quatre observations dans lesquelles la marche de la température a offert quelques particularités intéressantes.

OBSERVATION XIX. (Bourneville.) Treff., Marie, présente dès le lendemain de sa naissance une cyanose des pieds et des mains presque continuelle, mais plus marquée à cer-

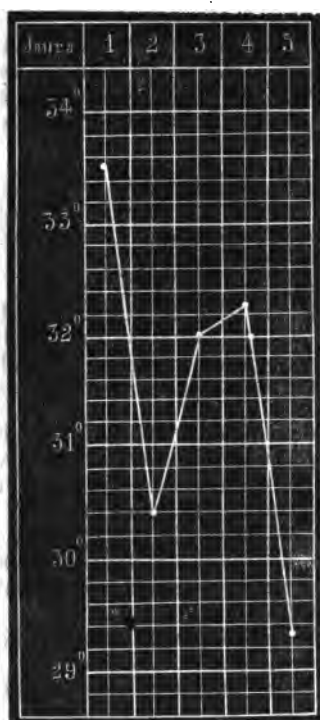


Fig. 3.

tains moments où les lèvres, le pourtour des narines deviennent violacés. Les bruits du cœur sont à peine perceptibles et on ne constate pas de souffle. Le 25 avril (un mois après la naissance) la face présente une cyanose persistante : les mains et les pieds sont bleuâtres. Le 27, la langue est également cyanosée. Pouls petit, difficile à compter. On ne perçoit toujours aucun bruit anormal au cœur. Le lendemain, les pieds sont presque noirs et froids ainsi que les

main. Erythème à la face interne des cuisses, grand amaigrissement. Pouls radial presque imperceptible. La respiration très irrégulière présente, par moments, le type dit de Cheyne Stokes. Plusieurs accès de cyanose se produisent encore dans la journée. Mort le soir. L'autopsie montra une persistance du trou de Botal et du canal artériel. — Les températures rectales prises le jour de la mort ont été : le matin 32°, 4 ; le soir 31°.

OBSERVATION XX. (Bourneville.) X... nouveau-né (fille) cyanose très marquée dès le lendemain de la naissance. Mort dans la journée. (L'autopsie n'a pas été faite.) T. R. 32°, 5. — Soir T. R. 27°, 9 (la température de la salle étant 25°, 5).

OBSERVATION XXI. (Bourneville.) Lecap..., enfant du sexe masculin né à six mois et demi le 12 mai 1871. Poids : 1400 grammes. Début des accès de cyanose le lendemain de la naissance. — Le 16 mai, le pouls est à 92, régulier et sans intermittences. Les accès de cyanose bien que plus courts sont de plus en plus fréquents. Mort à 1 heure de l'après-midi. — L'autopsie montre une persistance du trou de Botal. Pas de persistance du canal artériel. La marche de la température est indiquée par le tableau suivant (*Fig. 3*).

OBS. XXII. (Bourneville.) Vach... Mathilde, née le 7 mai 1871. Cyanose des mains très marquée au niveau des ongles dès le jour de la naissance. Les jours suivants, plusieurs crises de cyanose durant lesquelles la peau des narines et des lèvres devient bleuâtre. Le 11, cyanose persistante des mains et des pieds. Le pouls très petit est impossible à compter à la radiale; au cœur, 132. On ne constate ni frémissement cataire ni souffle.

12 mai. Le pouls radial devient perceptible, 120°. Pas de nouvel accès depuis hier soir. Les mains ne sont plus cyanosées. L'enfant tette beaucoup mieux que les premiers jours.

13 mai. Pas de nouveaux accès. Très légère cyanose des extrémités.

14 mai. Les mains présentent, à certains moments, une teinte légèrement bleuâtre.

15 mai. Etat excellent. L'enfant tette très bien.

16 mai. On n'observe plus qu'une légère teinte cyanique des mains quand elles restent exposées à l'air. (*Fig. 4*.)

19 mai et jours suivants. Tous les accidents ont disparu. La température est devenue normale. On ne voit plus nulle part aucune trace de cyanose. L'enfant tette bien, et tout

fait présumer qu'il n'existe plus de communications vasculaires anormales.

Ces diverses observations, ainsi que l'observation I, confirment, comme on le voit, la règle généralement admise de l'abaissement de température dans la cyanose.

Mais il ressort en outre de ces observations, que la marche de la température indique, jusqu'à un certain point, celle des lésions cardiaques. C'est ainsi que dans les quatre cas qui se sont terminés par la mort du sujet (obs. I, XIX, XX, XXI), la température s'est progressivement abaissée jusqu'à la mort. L'élévation thermique finale de l'obs. I ne constitue qu'une exception apparente, car elle est due vrai-

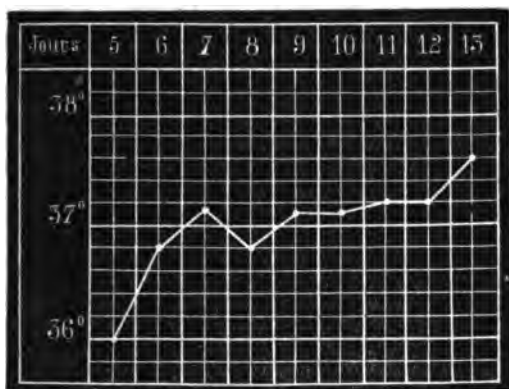


Fig. 4.

semblablement aux lésions considérables de l'encéphale, qu'aucun autre symptôme n'avait révélées pendant la vie. Les observations XIX, XX, et XXI offrent des températures ultimes inférieures, dans la première de 7°, dans la seconde de 10°, et dans la troisième de 8°, à la température normale.

L'observation malheureusement unique de terminaison heureuse que nous avons rapportée plus haut (Obs. XXII) paraît, d'autre part, nous autoriser à penser que : dans les cas où les anomalies cardiaques produisant la cyanose, marchent vers la guérison, la courbe thermique correspondante, éprouve peu à peu une sorte de redressement, jusqu'à ce que la température devienne enfin tout à fait

normale. Ce n'est là, d'ailleurs, qu'une hypothèse dont la discussion doit attendre de nouvelles observations (1).

2. Malformations congénitales des membres. Anomalies considérables des circonvolutions cérébrales; par le D^r GABRIEL MAUNOURY.

C. G., âgée de 22 ans, habitant aux environs de Chartres, ayant toujours joui d'une bonne santé, bien réglée depuis l'âge de 15 ans, a eu en avril 1878 un premier enfant parfaitement conformé et qui actuellement se porte très bien. Vers le 15 avril 1879, débuta une deuxième grossesse; les règles ont paru pour la dernière fois du 15 au 18 mars. Les premiers mois de cette seconde grossesse se passèrent très bien, mais au commencement de décembre C. G. fut prise de fièvre, vomissements, douleurs de reins, qui l'engagèrent à entrer à l'hôpital de Chartres, le 13 décembre 1879. Ces symptômes persistèrent jusqu'à l'accouchement qui eut lieu le 30 décembre, c'est-à-dire à peu près à terme. Il existait une quantité exagérée de liquide amniotique. Fœtus monstrueux, du sexe féminin, qui fait quelques mouvements, pousse une très légère plainte et meurt au bout d'une heure.

Description du fœtus. — Tête et tronc. — La tête est bien conformée, elle est plus petite que la tête d'un fœtus à terme, et se rapproche comme dimension de celle d'un fœtus de huit mois. Il n'y a ni soudure prématurée, ni absence d'ossification des os du crâne; la fontanelle postérieure présente encore une petite portion membraneuse. Le tronc est également bien conformé, à part un évasement de la partie inférieure de la cage thoracique dû à l'écartement des 9^e, 10^e et 11^e côtes. — Les organes internes, tube digestif, foie, rate, reins, organes génitaux, sont parfaitement normaux. Thymus volumineux.

Membres. — Il existe une déformation considérable des quatre membres dont les premiers segments (bras et cuisses) paraissent manquer presque complètement, et dont les seconds segments (avant-bras et jambes) sont très déformés et très raccourcis; mais un examen moins superficiel permet bien vite de reconnaître qu'aucun des segments ne fait défaut. — La peau qui recouvre les membres forme plusieurs plis transversaux comme si, ayant conservé son

(1) Nous avons recueilli ces observations à la Pitié, en 1871, dans le service de M. Molland. Quelques autres sont restées entre les mains de notre maître et malheureusement nous n'avons pu nous les procurer. (B.)

étendue normale, elle avait dû se plisser pour s'adapter à des membres dont le squelette est raccourci. — Les muscles sont parfaitement développés et paraissent exister tous; ils semblent être plus volumineux qu'à l'état normal, mais cela tient à ce que leurs extrémités sont plus rapprochées l'une de l'autre, afin de s'adapter au raccourcissement des os du squelette.

C'est en effet dans le *squelette* que l'on constate les déformations principales. Les os des membres ont des épiphyses volumineuses, et leur diaphyse est d'autant plus courte et plus courbée qu'on se rapproche du tronc; c'est à peine si elle existe sur les humérus et les fémurs, qui semblent être formés par les deux extrémités soudées directement sans corps intermédiaire; sur les os de la jambe et de l'avant-bras, la diaphyse est un peu plus longue, mais elle est extrêmement déformée et tordue; les phalanges semblent à peu près normales, toutefois, celles de la main paraissent légèrement raccourcies. Les omoplates sont fortement convexes en avant; cette convexité ne répond nullement à une déformation de la portion correspondante de la paroi thoracique. Le bassin est également très déformé; il existe un rétrécissement antéro-postérieur du détroit supérieur, tellement considérable, qu'on ne peut introduire le petit doigt au fond de l'excavation pelvienne.

Toutes ces déformations diverses du squelette (cage thoracique, bassin, membres), ressemblent aux déformations ordinaires du rachitisme, et la première idée qui se présente à l'esprit, est celle du rachitisme intra-utérin. Mais si l'on fait la section de ces os, on voit : 1° que les extrémités ne semblent volumineuses que parce que les diaphyses existent à peine; 2° que les épiphyses sont formées de cartilages parfaitement sains que les diaphyses sont formées par du tissu compact renfermant du tissu spongieux à moelle rougeâtre, bref que les os ont une structure normale et ne présentent ni ramollissement, ni éburnation. En se plaçant uniquement au point de vue de l'anatomie pathologique, le rachitisme intra-utérin semble donc inadmissible; il va le devenir bien davantage quand nous allons voir, qu'à ces malformations des membres, correspondent des anomalies profondes du système nerveux central.

Examen des centres nerveux. — Rien de particulier à noter dans la quantité de liquide céphalo-rachidien. Anomalies considérables des circonvolutions cérébrales. Les deux hémisphères sont fort différents l'un de l'autre, toutefois les anomalies les plus remarquables se reproduisent des deux côtés. Sur les deux hémisphères, en effet, il y a

absence du sillon de Rolando et des deux circonvolutions ascendantes, ou du moins la scissure de Sylvius se prolonge sur toute la surface externe du cerveau jusqu'à la scissure interhémisphérique; la surface de chaque hémisphère est ainsi divisée en deux portions, une antérieure ou frontale et une postérieure, par une grande scissure verticale qui arrive en haut jusque sur la face interne de l'hémisphère, et en bas jusqu'au hile du cerveau. En outre, on peut dire que des deux côtés, les circonvolutions frontales très simples et presque linéaires, sont séparées par des sillons rectilignes qui viennent tomber dans cette grande scissure verticale; — il y a développement exagéré du cerveau postérieur aux dépens du cerveau antérieur; — le lobe occipital est plus volumineux qu'à l'état normal; — le lobe temporo-sphénoïdal est divisé en cinq circonvolutions très simples, disposées comme les tranches d'une orange, séparées l'une de l'autre par des scissures très profondes qui, grâce à l'absence de la moitié inférieure de la circonvolution limbique, arrivent jusqu'au hile du cerveau.

Mais nous devons entrer dans les détails, et étudier chaque hémisphère en particulier.

Hémisphère gauche. — C'est sur cet hémisphère que les anomalies sont les plus remarquables, car la plupart des circonvolutions sont beaucoup mieux limitées que du côté droit.

Face interne. — La circonvolution limbique contourne comme à l'état normal le genou et la face supérieure du corps calleux, va se jeter dans l'angle antéro-inférieur du lobule quadrilatère, passe au-dessous de la pointe du lobe occipital, en formant le pli de passage pariéto-temporal supérieur interne et va se terminer par cette forme dans le pli cunéiforme; plus loin, la circonvolution limbique a complètement disparu, le hile du cerveau n'est plus entouré par rien. — En dehors de la circonvolution limbique, on voit d'avant en arrière : la première circonvolution frontale, une sorte de petit bouton représentant peut-être un vestige du lobule paracentral, la scissure fronto-pariétale qui continue la scissure de Sylvius anormale de la face externe, le lobe quadrilatère, la scissure occipitale interne, le lobe occipital, la scissure des hippocampes, puis cinq circonvolutions radiées, partant directement du tube du cerveau, parfaitement séparées les unes des autres par des scissures profondes, ressemblant aux rayons d'une roue, qui, vu l'absence de la portion inférieure de la circonvolution limbique, aboutissent au hile du cerveau. Le pli unciforme forme la première de ces circonvolutions radiées.

Face externe. — Scissure de Sylvius arrivant jusqu'à la scissure interhémisphérique, circonvolutions frontales rectilignes, les deux premières avec deux racines, la troisième avec le petit coude de Broca laissant voir l'insula vaguement lobulé.

En arrière de la grande scissure de la face externe, lobule pariétal supérieur, triangulaire, bien limité, allant par son angle postérieur se jeter dans le lobe occipital; au-dessous, lobule pariétal inférieur formé par une circonvolution bordant la grande scissure et allant se jeter: 1° en haut dans le lobe occipital, 2° en bas, en partie dans le lobe occipital, en partie dans la circonvolution située au-dessous de la scissure des hippocampes et que j'appellerai, pour la facilité de la description, première circonvolution radiée. — En arrière de ce lobule pariétal inférieur, on voit sur la face externe du lobe occipital trois circonvolutions occipitales dirigées directement d'avant en arrière, légèrement ondulées, sans pli de passage entre elles, parfaitement régulières, la supérieure et l'inférieure naissant en partie du lobule pariétal inférieur.

Au-dessous, lobe temporo-sphénoïdal. La scissure parallèle, au lieu de suivre parallèlement la scissure de Sylvius, se déjette en arrière et en bas, comme si elle était repoussée par le lobe occipital prédominant, et va rejoindre les scissures radiées que nous avons vues sur la face interne. A la limite inférieure de cette région, on voit empiéter sur la face externe de ce lobe les scissures formant les circonvolutions radiées dont nous avons parlé; les deux scissures supérieures, celles qui sont les plus près du lobe occipital, se prolongeant beaucoup sur la face externe, circonscrivent une circonvolution allongée, parfaitement nette, coupée comme une tranche au-dessous des trois étages réguliers du lobe occipital, et répondant au pli unciforme de la face interne.

Hémisphère droit. — Face interne. — La circonvolution limbique donne une branche énorme se relevant pour aller se perdre dans la première circonvolution frontale, puis, devenue très-grêle, elle va se jeter dans un massif formé en avant par un petit lobule paracentral rudimentaire, et en arrière par un gros lobule quadrilatère, puis elle reparait au delà du lobule quadrilatère, passe sans y pénétrer au-dessous du lobe occipital, et va se jeter dans le pli unciforme. Au delà, la circonvolution limbique disparaît presque complètement, toutefois cette circonvolution semble former encore un mince filet qui relie entre elles les pointes con-

vergentes des circonvolutions radiées temporo-sphénoïdales que nous allons retrouver.

En dehors de la circonvolution limbique, et d'avant en arrière: 1^{re} et 2^{re} circonvolution frontale, encoche à peine visible qui remplace la scissure fronto-pariétale absente; massif formé par le vestige du lobe paracentral et par le lobule quadrilatère; scissure occipitale interne peu profonde, comblée en haut et en bas par deux circonvolutions de passage qui vont du lobule quadrilatère au lobe occipital; scissure des hippocampes: puis cinq circonvolutions radiées, pareilles à celles du côté gauche, mais paraissant davantage reliées les unes et autres par leur pointe, c'est-à-dire par la partie qui touche au hile du cerveau.

Face externe. — Circonvolutions très massives et très-grossières bien moins déliées et moins ondulées que du côté gauche. — Scissure de Sylvius laissant voir en bas un gros lobule et l'insula, remontant sur toute la hauteur de la face externe, et allant se terminer en haut, près de la scissure interhémisphérique, par une encoche assez profonde au fond de laquelle on voit deux tout petits lobules aplatis, gros comme des lentilles, semblant représenter un vestige des deux circonvolutions ascendantes.

En avant de la grande scissure, trois circonvolutions frontales linéaires, très simples, à peine limitées; les deux supérieures semblent venir converger vers un point très voisin des deux petits plis aplatis dont nous venons de parler.

En arrière de la grande scissure, nous trouvons de haut en bas: le lobule pariétal supérieur. Au-dessus, le lobule pariétal inférieur tout à fait rudimentaire, envoyant une grosse circonvolution dans le lobe occipital; ce lobe occipital, formé de deux énormes circonvolutions, une supérieure recevant un petit pli de passage du lobule quadrilatère, une inférieure recevant un pli de passage du bulbe pariétal inférieur, et un du lobe temporo-sphénoïdal.

Pas de scissure parallèle. Sur le lobe temporo-sphénoïdal nous retrouvons les cinq circonvolutions radiées bien mieux limitées que sur l'hémisphère gauche.

Le *cervelet* me paraît beaucoup plus petit qu'à l'état normal.

3. Fracture intra-capsulaire du col du fémur. Formation d'une pseudarthrose permettant la marche; par M. GABRIEL MAUNOURY.

Louise Millet, âgée de 52 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, n'ayant jamais présenté aucun signe de dia-

thèse quelconque, a commencé à éprouver, il y a deux ans, les symptômes d'une maladie de cœur : essoufflement pendant la marche, œdème des pieds, etc.

Le 22 août 1879, elle sentit en se levant, dans tout le membre abdominal du côté gauche, une légère douleur à laquelle elle fit peu attention, lorsque, pendant l'après-midi, étant en train de ramasser dans les champs une demi-gerbe de blé, ce qui ne demandait qu'un très faible effort, elle entendit et sentit un claquement sec dans sa cuisse gauche et tomba à la renverse, le membre abdominal gauche étant pris sous elle. Le médecin qui la vit alors porta le diagnostic de fracture intra-capsulaire du col du fémur, diagnostic que nous pûmes confirmer lors de l'entrée de la malade à l'hôpital de Chartres, le 30 août. Nous cherchâmes de suite comment cette fracture avait pu se produire aussi facilement, et à un âge aussi peu avancé, mais nous ne trouvâmes ni diabète, ni albuminurie, ni symptômes médullaires, ni trace d'affection cancéreuse. Battements du cœur très irréguliers et très inégaux, sans souffle.

Le membre fut mis sur un double plan incliné. Au bout de deux mois, la malade put se lever et, pendant trois semaines, elle se promena dans les salles ; mais au bout de ce temps, les symptômes cardiaques devinrent très graves et firent succomber la malade le 28 décembre.

AUTOPSIE. — Les deux orifices du cœur gauche sont extrêmement rétrécis par des plaques calcaires ; le cœur droit est dilaté. Aucune lésion des viscères internes ; nulle part de tumeur cancéreuse.

L'articulation coxo-fémorale gauche offre une capsule extrêmement épaisse, et, lorsque nous l'incisons, nous constatons que la tête fémorale est complètement détachée au niveau du col anatomique, et que la surface des deux fragments, non seulement ne présente aucune adhérence, mais qu'ils se sont polis au contact l'un de l'autre ; il s'est, en un mot, formé une pseudarthrose sans union périphérique entre les deux fragments. Le ligament rond est très grêle et très peu résistant, de coloration brun-rougeâtre comme le tissu cellulo-adipeux du fond de la cavité cotyloïde, qui est également très atrophié. Le petit trochanter est fracturé à sa base et il n'y a pas trace de consolidation osseuse à ce niveau. Le tissu osseux de l'extrémité supérieure du fémur est parfaitement sain.

Cette observation est intéressante par trois points : 1° parce que chez une femme relativement peu âgée, et n'offrant d'autre maladie qu'une affection cardiaque, une fracture du col a pu se produire sous l'influence d'une

contraction musculaire très légère; 2° parce que la malade a pu marcher parfaitement au bout de deux mois, grâce à la formation d'une pseudarthrose, ce qui nous fit croire à tort à une consolidation osseuse; 3° parce qu'il s'est produit en même temps un arrachement du petit trochanter.

4. Polype de la vessie; par SALAT, interne provisoire des hôpitaux.

M. d'Olier présente, au nom de M. Salat, interne de M. DEBOVE, la vessie d'un malade mort dans son service le 8 janvier.

Cet homme était couché à l'infirmerie de Bicêtre, salle saint André n° 21, depuis six semaines, et présentait des symptômes de cystite chronique. Il y avait de la polyurie. Les urines étaient blanches et purulentes, peu fétides.

La mort est survenue par les progrès de l'affection et du marasme.

AUTOPSIE. — On ne trouve rien de spécial dans les viscères thoraco-abdominaux ni dans le cerveau et la moelle.

La vessie très ratatinée présente des parois hypertrophiées et épaissies de plus d'un centimètre. La prostate présente également un certain degré d'hypertrophie, à sa surface interne, la vessie présente de nombreuses colonnes. La muqueuse est violacée et noirâtre par places. Mais le fait remarquable consiste en un polype du volume d'une grosse noisette situé sur la partie latérale droite de l'orifice du col vésical. Ce polype présente un pédicule court dont la base se prolonge en avant et en bas dans la cavité du col et en arrière sur la paroi vésicale. Ce dernier prolongement forme une lame saillante, s'élevant presque à la hauteur du corps du polype, mais dont elle est séparée par une échancrure profonde. Cette lame est séparée de 3 ou 4 millimètres et paraît constituer à elle seule comme un second polype.

Les reins se décortiquent facilement. On trouve dans chacun d'eux une dizaine de petites cavités du volume d'un pois, principalement réparties dans la substance médullaire et remplies de pus. — Pas de calculs.

5. M. BROCC présente les pièces provenant d'une autopsie de *péricardite chronique*.

6. M. ASSAKI rapporte un cas de *lithiase rénale*. Chez ce malade, il n'existait qu'un seul rein. On pratiqua la lithotritie. Mort à la suite d'accidents urémiques.

7. M. CORNIEU expose les résultats de ses recherches sur les *trachées des tuberculeux*. Dans un grand nombre de cas où on ne trouve à la surface de la muqueuse ni granulations ni altérations, il existe le plus ordinairement des lésions des glandes acineuses.

Souvent, en effet, à un faible grossissement, on aperçoit sur les coupes, des granulations ou des masses tuberculeuses autour des canaux excréteurs, à l'entrée même des acini, et parfois dans l'intérieur même des acini où l'on peut rencontrer des cellules géantes très belles.

Dans quelques culs de sac on voit des cellules géantes colossales qui remplissent complètement la cavité du cul-de-sac.

Les cellules épithéliales des culs-de-sac offrent alors des lésions remarquables. Le noyau de chaque épithélium est plus gros que normalement et, au lieu de rester accolé à la paroi du cul-de-sac, il se trouve au milieu de la cellule; les épithéliums perdant leur forme cubique s'aplatissent les uns contre les autres, leur protoplasma se remplit de petites granulations, et le cul-de-sac se dilate.

En même temps, les globules blancs du sang traversent la paroi du cul-de-sac; le tissu conjonctif qui l'entoure prolifère et envoie lui aussi des éléments embryonnaires dans l'intérieur du cul-de-sac glandulaire. Alors ces éléments se transforment en cellules géantes.

Cette modification de cellules épithéliales en cellules *épithélioïdes* est commune à toute inflammation. Sur la surface même de la trachée, un grand nombre de cellules caliciformes sont altérées, comme les épithéliums glandulaires.

8. M. TALAMON présente un cas de *cancer primitif d'une capsule surrénale sans mélanodermie*. — 2° Un *cancer de l'ovaire droit généralisé à la plus grande partie des ganglions lymphatiques de l'abdomen*.

9. M. LABAT montre un *arrêt de développement de la peau chez un fœtus*.

10. M. MAYGRIER montre un cas d'*imperforation congénitale des uretères*.

11. Elections.**RENOUVELLEMENT DU BUREAU**

M. CHARCOT est, de nouveau, nommé *président de la Société*, à l'unanimité et par acclamation.

MM. MONOD et RENDU sont nommés *vice-présidents*.

M. COSSY est nommé *trésorier*.

M. DE BEURMANN est nommé *archiviste*.

M. FÉRÉ désigné pour remplir les fonctions de secrétaire en remplacement de M. Barié.

Sont nommés *membres du Comité* :

Membres titulaires : MM. QUINQUAUD, PORAK, DURET.

Membres adjoints : MM. CHAMBARD, DREYFUS-BRISAC, DÉJERINE.



Séance du 16 janvier 1880.

PRÉSIDENTE DE M. PETIT.

**12. Suppuration des deux trompes et de l'ovaire gauche.
Péritonite généralisée par perforation ; par CERNÉ, interne
des hôpitaux.**

Leroux Henriette, âgée de 29 ans, est entrée le 6 janvier 1880, au n° 13 de la salle Saint Bazile, dans le service de M. le D^r BERNUTZ, hôpital de la Charité.

Bien portante ordinairement, dit-elle, cette malade a été prise tout à coup, le dimanche 3 janvier, à la suite d'une vive contrariété, mais surtout peut-être d'une indigestion par un repas copieux, de douleurs abdominales très vives qui ne lui ont pas permis de se coucher toute seule.

Le lendemain, elle a été prise de diarrhée, rendant d'abord des matières fécales, puis très rapidement des matières uniquement séreuses, de l'eau, dit-elle. Le mardi sont venus en outre des vomissements bilieux ; un moment, il y aurait eu du sang dans les selles, mais elle dit avoir des hémorrhoides.

Le facies est grippé, hippocratique. Le pouls est un peu fréquent, mais surtout petit, sans fièvre marquée. Le ventre est ballonné, mais non d'une manière excessive. Les douleurs provoquées par les palpations sont extrêmement vives. Douleurs lombaires assez intenses.

La diarrhée continue, il n'y a pas seulement de l'eau, car elle est colorée en jaune. Il y a à chaque instant des efforts de vomissement qui n'ont d'autre résultat que l'expuition d'un peu de mucus. Soif ardente.

Sous l'influence de l'opium le jour et le lendemain de son entrée, la diarrhée s'était un peu arrêtée, les douleurs s'étaient notablement calmées, en sorte que l'on pouvait croire à une gastro-entérite. Mais, le 8 au soir, tous les phénomènes préexistants se sont de nouveau montrés, sauf la diarrhée. Elle meurt le 9 au matin, dans des douleurs atroces.

AUTOPSIE le 10 janvier.—A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve les intestins réunis par des fausses membranes très abondantes, en certains points très épaisses, ayant déjà une consistance assez grande. Du pus est infiltré partout. Tout l'abdomen est pris, jusqu'au diaphragme.

L'intestin lui-même est sain. L'iléon est seulement un peu congestionné dans sa partie terminale. Le rectum est vide de matières et de gaz et complètement revenu sur lui-même. Une couche de mucus jaunâtre le tapisse.

La partie moyenne du petit bassin offre au premier abord une masse assez informe, ressemblant de chaque côté à des anses intestinales, et baignant dans le pus. Les organes pelviens étant enlevés, on constate ce qui suit : La vessie et le rectum sont sains. L'utérus, non dévié, présente un col vierge dont l'orifice, absolument rond, est très étroit. Le corps est en antéflexion sur le col. Dans la cavité du corps sont quelques caillots, comme si la malade eût été au moment de ses règles (?) La muqueuse est saine.

De chaque côté s'étendent les deux trompes, qui sont le siège des altérations principales. La moitié interne est saine et de direction normale. La moitié externe, au contraire, présente plusieurs dilatations de volumes divers, au nombre de 3 ou 4 de chaque côté. La plus considérable est située à la partie la plus externe, comme formée par le pavillon de la trompe, distendu et fermé de manière que l'on ne trouve pas trace de l'ouverture normale.

Ces kystes sont remplis de pus et communiquent ensemble par une partie moins dilatée. Leur surface interne est lisse, comme résultant du déplissement de la muqueuse qui, dans la partie non dilatée, a sa configuration normale, mais semble ramollie. Je n'ai pu trouver la communication normale de l'utérus avec la trompe.

Les ovaires ne sont pas situés à leur place habituelle. Ils sont tous deux ramenés en dedans et en bas, dans la cavité de la trompe, faisant corps avec le ligament large, dont le repli qui leur est propre a disparu.

Mais à gauche se présente une disposition particulière. Le kyste occupant le pavillon de la trompe est le plus considérable ; il a la grosseur d'un petit œuf de poule. Or il se continue directement avec la cavité de l'ovaire. La limite de ces deux kystes est très nette. La surface interne de la trompe est lisse, tandis que celle de l'ovaire est très inégale, et beaucoup plus rouge. Un rebord brusque, formé par la soudure de l'ovaire dans le pavillon, marque cette limite en dedans, tandis qu'en dehors la continuité est parfaite. Il serait difficile même d'affirmer qu'il s'agit là de l'ovaire, si l'on ne s'efforçait en vain de le trouver autre part ; d'ailleurs, l'examen microscopique a montré des ovisacs dans la paroi (Dr Remy).

L'ovaire n'est pas sensiblement dilaté. A sa face postérieure, vers son milieu, se trouve une perforation à bords amincis,

moindre qu'une tête d'épingle. En avant de la pòche ovarienne, probablement dans une dilatation de la trompe (il est difficile de le déterminer exactement), on trouve une masse caséuse de la grosseur d'une noisette, vestige d'un ancien abcès. D'autre part, des adhérences anciennes avec les parois pelviennes affirment, à défaut de renseignements cliniques, l'existence d'un ancien travail inflammatoire.

REFLEXIONS. — Il nous semble que les abcès trouvés dans les trompes ne se sont point formés dans le court espace de temps qu'a duré la maladie. Il est à noter, en effet, que les traces de l'inflammation actuelle ne portent nullement sur les organes génitaux dont la surface externe, lisse, ne présentait que des adhérences anciennes, et pas de fausses membranes récentes. La dilatation kystiques s'est donc formée lentement et sans bruit; elle aurait pu, comme l'abcès ancien que nous avons trouvé, aboutir à la régression caséuse, si une perforation par ulcération n'avait permis au pus de se répandre dans l'abdomen et d'amener la péritonite généralisée à laquelle la malade a succombé. Quant à la cause de la suppuration des trompes, il y aurait grand intérêt à savoir si elle est liée à la virginité de l'utérus, bien que la malade fût mariée, comme cause ou comme effet.

13. Sidérose pulmonaire. Péritonite chronique partielle. Dégénérescence caséuse des ganglions trachéo-bronchiques et des ganglions de l'épiploon gastro-hépatique; par M. le D^r Maurice LETULLE.

Sudrand, cinquante ans, meunier en émeri, entre le 13 novembre 1879, salle Saint Jean-de-Dieu, numéro 25, service de M. le professeur VULPIAN, à la Charité.

Cet homme n'avait jamais été malade dans sa jeunesse. Depuis plusieurs années il broie de l'émeri, et respire, par suite de son métier, une grande quantité de poussière. Il y a huit mois, il a commencé à éprouver des tiraillements d'estomac, et les digestions sont devenues fort pénibles.

A partir de cette époque, la diarrhée a commencé à se montrer. Le malade a eu plusieurs selles dans les vingt-quatre heures. Il assure qu'il rendait presque chaque jour, dans ses gards-robes, les aliments tels qu'il les avait pris.

Il y a quatre mois environ, une toux pénible et fréquente s'établit : souvent, dès cette époque, des vomissements survinrent à la suite de quintes de toux violentes. La diarrhée persistait, malgré différents traitements. Le malade rendit à plusieurs reprises des matières noires. Était-ce un vrai mélaena ? était-ce la poussière d'émeri ingérée qui

colorait ainsi les selles ? La première supposition est beaucoup plus vraisemblable que l'autre, l'émeri s'introduisant presque exclusivement dans les voies respiratoires.

C'est à cette époque que l'appétit disparut. Jusqu'alors le malade mangeait beaucoup, bien qu'il s'amaigrît progressivement. Il se présenta à la consultation de Saint-Louis, où on lui prescrivit le régime lacté : il s'en trouva bien pendant quelque temps. Mais la diarrhée reparut bientôt, l'affaiblissement fit des progrès rapides, et Sud*** se décida à entrer à la Charité.

État actuel. Figure amaigrie ; il n'y a pas de teinte franchement cachectique, mais le malade est fort pâle. La bouche est mauvaise, l'haleine fétide. Peu d'appétit, diarrhée chronique ; cinq à six selles habituellement dans les vingt-quatre heures. L'abdomen paraît normal, un peu douloureux cependant à la pression, surtout au creux épigastrique où l'on constate une légère matité.

Aucune tumeur appréciable à la palpation méthodique de la région épigastrique ; le foie est normal. Cœur : bruits réguliers et forts. Léger œdème des membres inférieurs.

L'état des *poumons* est noté avec le plus grand soin : Submatité sous la clavicule droite, respiration soufflante dans cette même région. Le reste des deux poumons respire à peu près normalement. Les crachats sont peu abondants, muqueux, quelques-uns un peu muco-puriformes ; ils n'offrent aucune coloration particulière, noirâtre ou autre.

S'agit-il d'une tuberculose intestinale ou d'un carcinome gastrique ? M. le professeur Vulpian incline vers cette dernière opinion. — *Traitement* : Diascordium et bismuth. Injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine (2 centigr.).

17 novembre. La diarrhée est un peu arrêtée, le malade ne va plus qu'une fois par jour à la selle. Lait.

18 novembre. L'amélioration continue, les garde-robes commencent à être moulées. On continue les injections de morphine. On constate que le foie est volumineux, un peu douloureux. On trouve, sans peine, quelques antécédents alcooliques.

21 novembre. Hier, deux garde-robes. Ce matin on examine les matières : elles sont diarrhéiques, très liquides, colorées en noir (bismuth). On y trouve quelques parcelles alimentaires non digérées. Après avoir mangé, le malade éprouve des pesanteurs d'estomac, des tiraillements et des nausées : mais il ne vomit pas. Interrogé chaque jour sur ce qui concerne l'état des organes respiratoires, le malade

dit qu'il tousse peu en somme ; les produits de l'expectoration conservent les mêmes caractères : peu abondants, muqueux, non colorés en noir ou autrement.

24 novembre. Le malade s'affaiblit progressivement ; teinte cachectique plus accentuée.

25 novembre. La diarrhée reparait ; les matières sont plus liquides. Douleurs abdominales vers l'ombilic et l'épigastre. La pression y augmente les sensations douloureuses, qui ne sont pas, d'ailleurs, très vives. Le malade paraît avoir peu de véritables coliques.

26 novembre. Toux peu fréquente ; l'examen des sommets pulmonaires a été pratiqué plusieurs fois depuis l'entrée du malade : La matité ne s'est pas accentuée davantage, elle reste même un peu douteuse. On n'entend pas de râles bien nets ni de modifications bien appréciables du timbre et de l'intensité relative des bruits respiratoires.

27 novembre. On ne fait plus d'injections depuis deux jours, les injections sous-cutanées ayant donné lieu à de la céphalalgie.

1^{er} décembre. La diarrhée semble vouloir céder ; les matières sont moins liquides. Les injections sous-cutanées de morphine sont recommencées.

13 décembre. Le malade qui était dans le même état depuis le commencement du mois, a eu des vomissements alimentaires hier soir. Dans la soirée, garde-robe dans laquelle il aurait rendu des grumeaux comparés par lui à du charbon. Abattement considérable, traits tirés, douleurs spontanées, vives dans la région épigastrique. On constate en ce point une rénitence spéciale, mais il est impossible de pouvoir limiter la tumeur stomacale.

26 décembre. On ne trouve rien de plus net qu'auparavant par l'examen des viscères thoraciques. La sonorité paraît normale partout, sauf peut-être au sommet du poumon droit. Il n'y a que bien rarement une légère sibilance du murmure expiratoire : habituellement les bruits respiratoires sont tout à fait normaux. Le malade prend une teinte et un amaigrissement cachectiques. La région gastrique est douloureuse. Pas de vomissements, pas de tumeur. Malgré l'absence de ces derniers signes, on croit de plus en plus à l'existence d'une affection cancéreuse intra-abdominale, probablement intestinale. Garde-robes diarrhéiques, noirâtres, laissant un dépôt semblable à du noir de fumée (probablement mélæna).

Le malade meurt le 1^{er} janvier à six heures du soir.

AUTOPSIE. — En ouvrant la cavité abdominale on donne issue à une notable quantité de liquide jaune ocreux, un peu

trouble, contenant quelques petits flocons fibrineux, blanchâtres. Le péritoine pariétal, surtout au niveau de la paroi abdominale antérieure, est recouvert de minces fausses membranes fibrineuses, d'un jaune bilieux très accusé. Le grand épiploon, un peu épaissi, légèrement rétracté, présente sur sa face antérieure, au voisinage de l'estomac, une large fausse membrane épaisse, rougeâtre, parsemée de taches hémorrhagiques, et notablement adhérente à la séreuse. Au-dessous d'elle, le péritoine est en effet manifestement dépoli, teinté en noir, et fort épais.

L'estomac est rejeté profondément à gauche ; des fausses membranes épaisses et jaunâtres, assez adhérentes, recouvrent la plus grande étendue de la face antérieure de cet organe. Au niveau de la région pylorique, ces fausses membranes, déjà anciennes, ont une teinte rouge brunâtre très remarquable ; on trouve même sur quelques points de larges taches hémorrhagiques étalées sur la séreuse périgastrique et recouvertes, la plupart, par des fausses membranes plus ou moins adhérentes et jaunâtres.

L'épiploon gastro-hépatique, recouvert lui aussi par un certain nombre de fausses membranes anciennes, est déformé, bosselé. Les saillies qu'il présente sont toutes dues à des masses ganglionnaires profondément altérées. La totalité de l'épiploon ainsi déformé représente une véritable tumeur irrégulière, dont le volume peut être évalué à celui du poing.

Tous les ganglions de l'épiploon suivis jusqu'au hile du foie sont dégénérés. La plupart donnent issue, sur les coupes, à un liquide blanc jaunâtre, grumeleux, puriforme, ressemblant au pus des abcès froids cervicaux ganglionnaires, vidés de leur contenu ; ces ganglions se transforment en petites cavernes anfractueuses. Quelques-uns sont remplis de masses caséeuses, épaisses, plâtreuses, très friables ; aucune d'elles n'a subi la transformation calcaire. Les autres ganglions de la cavité addominale n'offrent aucune lésion.

Au hile du foie, on examine avec soin les voies biliaires qui sont normales. Le foie ne présente aucune autre altération qu'une légère périhépatite ancienne. Le parenchyme hépatique est un peu gras. L'organe pèse 1800 grammes. L'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin ne présentent aucune altération notable. Le cœur est gras, dilaté, le myocarde est mou et friable. Valvules normales.

Les poumons sont lésés d'une manière remarquable. Tout d'abord on constate l'existence d'adhérences pleurétiques anciennes dans toute la hauteur du poumon droit ;

ces adhérences unissent intimement la face inférieure du poumon droit au diaphragme. Au sommet droit, quelques petits noyaux indurés, noirâtres, lisses sur les coupes. S'agit-il d'anciens tubercules, ou de masses anthracosiques? c'est ce que l'examen des ganglions du hile nous permettra de dire.

Ce qui frappe par-dessus tout, c'est l'existence d'un œdème pulmonaire bilatéral, très étendu, considérable. Dans toute l'étendue des coupes pratiquées largement sur chacun des poumons, le parenchyme pulmonaire offre une *teinte sombre, d'un brun rouillé* véritablement remarquable. Le liquide qui s'écoule aussitôt, très abondant, un peu spumeux, ne ressemble pas au liquide de l'œdème pulmonaire ordinaire; il présente une forte *coloration brun rougeâtre* qui rappelle tout à fait la coloration de l'émeri.

Sur quelques points, principalement du côté droit, et aux régions déclives, on trouve quelques îlots indurés; ce sont des noyaux de pneumonie chronique, peu volumineux, d'un gris noirâtre, entourés d'une petite zone d'emphyseme. Les bronches, dans le poumon droit, sont légèrement dilatées.

Les ganglions lymphatiques du hile du poumon droit sont gris noirâtres, durs, ils crient sous le scapel.

En ouvrant la trachée on aperçoit, immédiatement au-dessous de sa bifurcation, à l'origine même de la bronche droite, deux ulcérations petites, arrondies, larges de deux millimètres environ, très rapprochées l'une de l'autre (1/2 centimètre). Ces ulcérations occupent la région antérieure de la bronche; chacune d'elles est entourée d'un petit cercle noirâtre, qui tranche vivement sur la coloration gris pâle de la muqueuse voisine. Elles sont taillées à pic, et donnent accès dans une petite excavation anfractueuse, large de deux à trois centimètres, immédiatement sous-jacente au squelette de la bronche, et creusée manifestement dans l'épaisseur d'un ganglion péribronchique caséeux, ainsi que le prouve la petite quantité de matière caséeuse qui limite la paroi de la caverne prébronchique.

La plupart des ganglions pérित्रachéaux sont caséeux.

L'examen histologique des ganglions abdominaux et des poumons a donné les résultats suivants :

a) *Ganglions de l'épiploon gastro-hépatique.* Sur les coupes faites après durcissement par l'alcool, la gomme et l'alcool, et colorées au picrocarminate d'ammoniaque, on constate que tous les ganglions altérés sont formés par une coque fibreuse épaisse et dense, dans l'intérieur de laquelle

rampent quelques rares vaisseaux, mais où on n'aperçoit aucune masse tuberculeuse, aucune cellule géante. Les amas caséeux ainsi englobés par des travées fibreuses sont constitués par une quantité considérable d'éléments granuleux, très petits, sans forme régulière, mal colorés en jaune sombre.

Dans l'intérieur de ces masses caséeuses on n'aperçoit ni vaisseaux, ni éléments cellulaires caractérisés. Toutefois, à un faible grossissement, on retrouve sur toutes les coupes un aspect particulier aux masses caséeuses. Partout, en effet, où ces masses existent, on voit, disséminés à leur surface, un nombre assez considérable de points brillants, assez gros, rappelant assez bien un gros globule graisseux. Mais si l'on examine avec un fort grossissement chacun de ces points brillants, on constate sans peine qu'il s'agit de blocs volumineux, sans apparence cristalline, bien que légèrement anguleux.

Détail important, ces blocs brillants résistent à un certain nombre de matières colorantes : ils sont à peine teintés en jaune pâle par le picro-carmin. L'acide osmique ne les colore aucunement en noir, ce qui prouve bien que ce ne sont pas des masses graisseuses ; d'autre part, le violet de Paris ne les teint ni en bleu ni en rouge ; il ne s'agit donc pas non plus de masses amyloïdes.

b) *Examen microscopique des poumons*, pratiqué par le Dr Déjerine. Le poumon a été examiné après durcissement dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool. Sur les coupes colorées au picro-carmin, on constate que l'on a affaire à un poumon atteint de pneumonie interstitielle avec emphysème.

La pneumonie interstitielle est très accusée, les travées interalvéolaires sont épaissies, et contiennent dans leur intérieur de nombreux noyaux se colorant très vivement par le carmin ; les fibres élastiques des cloisons alvéolaires sont très apparentes.

L'emphysème est très prononcé ; non seulement les alvéoles des lobules ont, en général, disparu, mais sur plusieurs préparations, les lobules communiquent les uns avec les autres. Les fibres élastiques interalvéolaires si apparentes dont nous parlons plus haut, présentent des surfaces de cassure très nettes, au niveau de leurs points de contact avec la paroi lobulaire. Elles forment du côté de la cavité du lobule, de petits éperons, vestiges des cloisons interalvéolaires préexistantes.

Dans certains points, la pneumonie interstitielle est si

accusée que tout vestige de la structure lobulaire du poumon a absolument disparu. on trouve alors de petits îlots uniquement constitués par du tissu conjonctif et des fibres élastiques, sans trace d'alvéoles.

Le dépôt de l'oxyde de fer se fait sous forme de granulations entièrement fixes, réunies en masse et siégeant dans toute l'étendue du parenchyme pulmonaire, dans le tissu conjonctif interstitiel hyperplasié, dont nous venons de parler, autour des bronches et autour des vaisseaux ; ces derniers ainsi que les bronches ont des parois fortement épaissies. Il est beaucoup plus abondant dans les points où le tissu pulmonaire est transformé simplement en tissu conjonctif.

La plèvre viscérale est notablement augmentée d'épaisseur ; les lymphatiques pleuraux, très nets dans nos préparations, ne nous ont pas paru contenir des granulations d'oxyde de fer.

Analyse des cendres du poumon, par M. Gabriel Pouchet, préparateur de chimie biologique à la Faculté. — Le volume et la consistance des poumons étaient très sensiblement normaux.

Cent grammes de poumon humide, enlevé 36 heures après la mort, ont laissé 5^{gr},39 de cendres. Ces cendres sont fortement colorées en brun rouge par de l'oxyde de fer.

Elles présentent la composition suivante, sur 100 parties :

Silice.	30.09	} 85.18
Alumine.	34.28	
Peroxyde de fer.	20.73	
Chaux et magnésie.	traces	
Carbonates, sulfates, phosphates et chlorures alcalins.	14.90	

Si l'on rapporte ces quantités au poumon humide pris au moment de l'autopsie, on trouve pour 100 parties de tissu pulmonaire :

Silice.	1.62	} 4.59
Alumine.	1.85	
Peroxyde de fer.	1.12	
Sels alcalins.	0.80	

Le poumon laissant à l'incinération de 0 gr. 6 à 8 gr. 8 de cendres pour cent de tissu humide normal, on voit qu'il reste ici 4 gr 5 d'une substance minérale, dont la composition chimique est identique à celle de l'émeri servant à polir les glaces.

Si l'on prend le chiffre de 1500 gr comme représentant sensiblement le poids de la masse totale des poumons, les

principes constituants des cendres se répartissent ainsi :

Silice.	24.30	} 68.85
Alumine.. . . .	27.75	
Peroxyde de fer.. . . .	16.80	
Sels alcalins.. . . .	12.00	

Soit environ 70 gr. d'émeri dans la totalité de la masse des poumons ; ce qui représente un chiffre énorme de substances étrangères inorganiques contenues dans ce parenchyme.

Nous ne saurions mieux terminer cette longue observation qu'en citant textuellement les réflexions suggérées à M. le professeur Vulpian, par ce fait intéressant :

« Il importe de noter d'une façon toute spéciale l'impossibilité où l'on a été, pendant la vie, de soupçonner l'état des organes respiratoires, et le peu de lésions qu'a produites, en réalité, cette énorme quantité de poussière d'émeri accumulée dans le parenchyme pulmonaire. L'absence de toute coloration spéciale dans les produits de l'expectoration mérite une mention particulière.

« La phthisie ganglionnaire thoraco-abdominale était-elle entièrement de date récente ? Avait-elle son point de départ dans une affection tuberculeuse des ganglions abdominaux, datant de l'enfance, momifiée alors, et réveillée beaucoup plus tard ?... »

Faisons remarquer encore les lésions péritonéales circonscrites à la région gastrique et causées indubitablement par une adénopathie caséuse viscérale, localisée dans ce cas aux ganglions de l'épiploon gastro-hépatique. Il nous paraît rationnel d'admettre que la péritonite partielle a débuté au niveau de l'épiploon gastro-hépatique, a progressé par poussées successives, gagnant les régions avoisinantes, la face antérieure de l'estomac, la paroi abdominale antérieure dans la région sus-ombilicale, et contribuant ainsi, pour une large part, à hâter la terminaison funeste.

Il est non moins important de rappeler que le malade était alcoolique, condition pathologique favorisant excellemment l'apparition de lésions péritonéales, déjà sollicitées pour ainsi dire, de longue date, par l'existence de cette adénopathie caséuse sous-hépatique.

Ce n'est pas ici pour nous le lieu d'insister plus longuement sur les adénopathies caséuses viscérales et leurs conséquences ; car nous nous réservons d'entreprendre ultérieurement sur ce sujet une étude plus détaillée, dans

laquelle la présente observation occupera une place importante.

14. M. VARIOT, présente un cas de *ramollissement cérébral* par embolie de la sylvienne gauche, survenue chez un malade atteint de rétrécissement mitral.

15. M. LECLERC, montre des *kystes hydatiques des muscles*. L'examen histologique a permis de reconnaître qu'il s'agit d'un cysticerque armé de crochets.

Séance du 23 janvier 1880.

PRÉSIDENTE DE M. MONOD.

16. Pneumonie double. Hydrocéphalie congénitale; par Ad. ROBERT, interne des hôpitaux.

Le nommé B... Jean, 60 ans, commissionnaire, entre le 19 janvier 1880 à l'hôpital. Ce malade est apporté dans un état semi-comateux, de sorte qu'il est difficile d'obtenir des renseignements. Cependant, en l'excitant fortement, on apprend que la veille au matin, comme il allait à son travail, il est tombé dans la cour de sa maison. C'est à cette chute que le malade fait remonter le début de sa maladie. Il rapporte encore qu'il n'a pas de mal de tête, qu'il ne souffre nulle part, et qu'il n'a pas eu de frissons, ni de vomissements. Il nie tout antécédent alcoolique.

19 Janvier. La face est rouge, un peu cyanosée. Il éprouve une dyspnée très appréciable. La respiration est stertoreuse. Langue blanche, peu de soif, inappétence, constipation.

Le soir, il a T. 36°, 8. P. 60. A la percussion, la poitrine présente une sonorité normale. L'auscultation et la recherche des vibrations thoraciques sont rendues impossibles par l'état comateux du malade.

14 janvier. Mêmes symptômes. Quoiqu'il n'existe pas de paralysie, mais seulement de la parésie des membres, on pense à une hémorrhagie meningée. Traitement : 12

sangsues aux apophyses mastoïdes. Lav. sulfate de soude 40 gr., Infusion de follicules de séné 15 gr.

Le purgatif provoque des selles très abondantes.

15 Janvier. Mêmes symptômes généraux. Mais on trouve de la matité dans le tiers inférieur du poumon droit. On pose le diagnostic de pneumonie. Le soir le pouls est à 65 pulsations, la température à 37°3. Traitement, vésicatoire sur le côté droit. Pot. avec ext. q. q. 4 gr. Rhum 40 gr.

16 Janvier. Dans la nuit le malade a eu un délire calme. La matité occupe maintenant les 2/3 inférieurs du poumon droit. T. m. 37°, 2; T. soir 37°, 5.

17 Janvier. Le malade meurt à 5 heures du matin.

AUTOPSIE. 30 heures après la mort.—*Poumon droit.* Tout le lobe inférieur, excepté sa languette la plus antérieure et la moitié postérieure du lobe moyen sont en état d'hépatisation rouge : couleur rouge foncé ; coupe de même couleur et à surface granulée, qui laisse écouler par la pression une sérosité rougeâtre ; consistance diminuée, le doigt y pénètre facilement ; densité augmentée, un segment tombe au fond de l'eau. *Poumon gauche.* Le tiers postérieur du lobe inférieur est également hépatisé. Les autres parties des poumons sont un peu congestionnées.

Cœur sain. Artères très peu athéromateuses.

Examen du cerveau. Les méninges sont oedémateuses et un peu congestionnées. Leur adhérence n'est pas augmentée. La forme du cerveau est normale. Comme rien ne pouvait me faire prévoir l'existence d'une hydrocéphalie, j'incise largement, immédiatement au-dessus du corps calleux, et je suis étonné de voir s'écouler une notable quantité de sérosité. Ayant reconnu une hydropisie ventriculaire, je recueille ce qui reste de liquide. Il est transparent, de couleur citrine, légèrement filant, et la partie recueillie pèse 155 gr.

Les ventricules latéraux sont énormément dilatés, leur paroi est pâle, non ramollie et ne présente aucune trace d'altération. Le septum lucidum est détruit et n'est plus représenté que par quelques tractus celluloux, allant du corps calleux à la partie la plus inférieure de la paroi latérale des ventricules latéraux. Le 4° ventricule est également très dilaté.

Le crâne a une épaisseur normale. Après qu'il a été réappliqué aussi exactement que possible, et recouvert du cuir chevelu, on trouve que le pourtour de la tête présente une longueur de 0 m. 605 millimètres.

La taille de ce malade est moyenne, les organes présentent un développement normal.

RÉFLEXIONS. Cette observation montre qu'une hydrocéphalie même considérable, n'est pas un obstacle absolu à la survie des malades et à leur développement régulier. Malheureusement, je n'ai pu obtenir aucun renseignement sur l'état de l'intelligence du malade.

M. Cossy. Ce fait d'épanchement considérable dans les cavités ventriculaires n'ayant pas donné lieu à la moindre convulsion ni à aucune contracture, vient à l'appui de plusieurs observations que j'ai pu recueillir et que j'ai consignées dans ma thèse.

17. M. DAMALIX montre deux *kystes cérébraux* trouvés à l'autopsie d'une femme épileptique dont les convulsions restaient limitées aux deux membres supérieurs. Ces kystes siègent exactement au pied de la deuxième frontale, sur chacun des deux hémisphères.

18. M. BABINSKI montre une *fracture du crâne de la région temporale*. Il existait du côté opposé une paralysie faciale complète, portant sur le facial supérieur et le facial inférieur. A l'autopsie, on ne trouva qu'un foyer de contusion corticale limité au pied de la première frontale.

19. M. BARTHÉLEMY présente un *épithélioma de l'anus*, chez une femme de 67 ans. Les ganglions de l'aîne se sont ulcérés et ont mis à nu les vaisseaux fémoraux.

20. M. CALLIAS présente une *persistance du trou de Botal* constatée sur un homme de 63 ans, emphysémateux, qui succomba à une asystolie aiguë. Il existe une valve qui semble oblitérer le trou de Botal. M. Callias explique par la dilatation passive du trou de Botal la cyanose extrême, constatée chez ce malade quelques jours avant la mort.

Séance du 30 janvier 1880.

PRÉSIDENCE DE M. MONOD.

21. Kyste hydatique du poumon; par BARBULÉ, externe des hôpitaux.

S.. Alexandrine, 29 ans, couturière, entre le 18 janvier 1880, salle du Rosaire, n° 1, service de M. GALLARD. A son entrée à l'hôpital, la figure est cyanosée, la respiration est fréquente, la parole trainante, embarrassée; subdelirium, ventre augmenté de volume, les jambes oedématisées. L'oedème des jambes a marqué le début des accidents, il est survenu vers la fin de décembre. L'ascite est peu considérable.

Mais les cavités pleurales ne sont pas indemnes non plus. Il y a de la matité en arrière et aux bases, marquée surtout du côté gauche. Des deux côtés, souffle doux et chevrottement de la voix. Les battements du cœur sont très irréguliers. Il est augmenté de volume et le choc de la pointe est très violent. A ce niveau, il existe un souffle intense proesystolique qui couvre le premier bruit, et se prolonge jusqu'au second en masquant tout le petit silence.

Le diagnostic porté est : insuffisance mitrale avec rétrécissement. Les urines contiennent une petite quantité d'albumine. Traitement. Julep gommeux avec teinture de scille et digitale de chaque 1 gr.

22 Janvier. Elle est prise de délire de parole et d'action qui nécessite l'emploi de la camisole de force.

23 Janvier. Le délire a cessé hier soir, collapsus, mort à 6 heures du matin.

24 Janvier. AUTOPSIE. — Encéphale, oedème sous-arachnoidien. — Cavité thoracique. Plevre. Epanchement séreux aux deux bases.

Poumons. Oedème aux deux bases et forte congestion des lobes moyens.

On trouve à gauche et en arrière, un kyste hydatique dont la poche n'adhère nullement à l'enveloppe et s'échappe dès que celle-ci est incisée. Son volume est à peu près celui du poing. Il occupe la plus grande partie du lobe inférieur. — Cœur. Hypertrophie considérable du ventricule gauche. Incrustation calcaire des valvules mitrale et tricuspidale.

Cavité abdominale, liquide citrin dans la cavité péritonéale. Traces d'une ancienne pelvi-péritonite du côté droit, ayant déterminé l'inclinaison du corps de l'utérus à droite, et l'adhérence de l'ovaire droit au détroit supérieur. Le foie, la rate, les reins examinés avec soin n'ont rien présenté d'anormal.

M. RENDU. Un point intéressant dans ce fait, c'est l'existence d'un kyste volumineux dans un poumon, sans aucun phénomène notable. Dans ces conditions le kyste, véritable corps étranger, ne développe aucun phénomène réactionnel. Bien différents sont les hydatides du foie qui produisent presque toujours autour d'elles une zone d'irritation plus ou moins étendue.

22. Hémorrhagie cérébelleuse; par P. GALLOIS, interne provisoire,

Leroy, 62 ans, est entrée en 1877 à l'hospice d'Ivry. Le médecin qui lui avait délivré un certificat pour son admission, avait fait le diagnostic d'hémorrhagie cérébrale, ayant laissé à sa suite une hémiplegie incomplète. C'est tout ce que l'on sait de l'histoire de cette malade hors de l'hôpital, et même il ne fut pas possible, disons-le tout de suite, de retrouver à l'autopsie le foyer hémorrhagique diagnostiqué. Dans la maison d'Ivry, cette femme se portait habituellement bien, traînait une jambe, la droite, suivant quelques-unes de ses voisines; la gauche, pour d'autres; d'ailleurs, ni l'un ni l'autre des bras n'était affaibli.

Le 26 janvier, vers huit heures un quart du matin, après avoir pris une tasse de café qu'elle avait même trouvée meilleure que d'habitude, elle était allée au cabinet et rentrait dans sa salle, la salle Sainte-Anne, quand elle s'arrêta tout à coup, se plaignant de voir tout tourner autour d'elle. On s'empresse, on la fait asseoir et elle se met à vomir avec assez d'efforts le déjeuner qu'elle avait pris. Comme elle se sentait très faible, la religieuse la fit porter dans son lit et là elle vomit encore un peu de bile. Comme il n'y avait eu que ce vertige, ces vomissements et cette sorte d'abattement, on crut à une simple indigestion. A ce moment, la malade parlait bien, n'avait en aucune façon perdu connaissance, elle n'avait aucune céphalalgie, elle but facilement une tasse de thé et n'avait par conséquent pas de dysphagie; sa figure était assez rouge.

Mais au bout d'une demi-heure, l'état s'aggrava. La vue commença à se troubler, la malade put encore en faire la

remarque, mais bientôt sa parole s'embrouilla et elle ne put plus répondre, elle perdait de plus en plus connaissance.

De garde ce jour-là, je fus appelé aussitôt. J'arrivai à neuf heures. Je trouvai une femme un peu pâle à ce moment, couchée sur le côté gauche, inclinant la tête du même côté, les yeux étaient fermés. Elle ne répondait pas quand on l'appelait et ne manifestait d'aucune façon qu'elle eût entendu.

Les bras et les jambes soulevés retombaient sur le lit, mais avec une certaine lenteur qui indiquait qu'il n'y avait par abolition complète, mais seulement diminution de la force. Je m'assurai également qu'il n'y avait pas de contraction, je pus ramener la tête dans la position normale, j'écartai les paupières, j'examinai les pupilles qui ne me parurent ni contractées ni dilatées d'une façon notable. La respiration se faisait régulièrement, mais à chaque expiration les lèvres étaient un peu soulevées. Aucun râle dans le poumon, au cœur rien d'appréciable, la température paraissait normale à la main, le pouls était assez fort et assez régulier, il n'était ni ralenti ni précipité.

En recherchant l'état de la sensibilité cutanée, j'obtins peu de résultat avec le pincement. Cependant, en piquant la malade avec une épingle, il se produisait de légers mouvements dans le membre piqué, la malade y portait la main, mais tous ces mouvements se faisaient avec lenteur, et la malade faisait glisser ses membres sur le lit et ne les soulevait pas. Il n'y avait d'ailleurs aucune différence entre les deux côtés.

La malade fut immédiatement portée à l'infirmerie, précisément dans la salle dont je suis chargé.

Pendant la visite, je pus la revoir vers neuf heures et demie. Elle était alors dans la rectitude absolue, la tête n'était inclinée ni à droite ni à gauche, la face était pâle, les lèvres violettes; on entendait un râle trachéal à chaque période respiratoire, et chacune d'elles était séparée de la précédente par un intervalle assez long, si bien que plusieurs fois on la crut morte. Cependant, le pouls se maintenait encore normal sans irrégularités, sans précipitation ou ralentissement. La main était froide, la température ne fut pas prise au thermomètre. On ne put noter ni rétention ni incontinence du côté des réservoirs, la malade revenant des cabinets au moment de son attaque, on ne put pas non plus rechercher s'il y avait de l'albumine dans l'urine. Enfin, pendant la visite, vers dix heures, la malade mourait, moins de deux heures après les premiers accidents.

L'AUTOPSIE fut faite le lendemain 27 janvier, à une heure,

c'est-à-dire vingt-sept heures après le décès et dans de bonnes conditions de température, le thermomètre étant au-dessous de zéro. Je trouvai de nombreuses adhérences entre la dure-mère et la pie-mère, surtout au niveau des corpuscules de Pacchioni. De plus, en plongeant la main dans les fosses cérébelleuses, je trouvai le cervelet diminué de consistance, sa loge contenait du sang liquide, entre les lames du lobe droit, on voyait des caillots sanguins faisant saillie à l'extérieur. C'était une hémorrhagie du cervelet. Voulant montrer à M. Audhoui, mon chef de service, les pièces intactes, je les fis mettre dans de l'eau alcoolisée, et le lendemain, l'examen en fut fait, le tout étant bien conservé et même renfermant de nombreux cristaux de glace.

M. Audhoui examina d'abord avec soin l'état des artères, et nous fit voir de petites plaques d'athérome sur les artères vertébrales et sur le tronc basilaire. Sur ce dernier, nous en vîmes quatre ayant de 1 à 3 ou 4 millimètres de diamètre. En poursuivant le trajet des artères cérébelleuses nous en avons trouvé encore sur les cérébelleuses inférieures, au contraire, les supérieures et les moyennes paraissaient saines. Sur le cerveau, les artères sylviennes présentaient aussi de petites granulations athéromateuses moins volumineuses que celles du tronc basilaire, mais plus nombreuses.

Le cervelet fut séparé du cerveau et examiné : sa face supérieure ne présentait rien d'anormal. Sur sa circonférence, en arrière, on voyait un épanchement sanguin sous la pie-mère. Mais c'était à la face inférieure que se trouvaient les lésions les plus considérables. On y trouve également un épanchement sous-méningé plus abondant à droite, mais dépassant la ligne médiane pour communiquer avec l'épanchement du côté gauche. En bas, ils se continuaient l'un et l'autre avec une tache sanguine occupant le sillon qui sépare le bulbe du cervelet, cette tache était aussi plus marquée à droite. En écartant davantage le bulbe, on trouve le quatrième ventricule rempli d'un sang à moitié coagulé. Enlevant ensuite les méninges et en plaçant le cervelet sous un filet d'eau, nous apercevons les détails que nous avons essayé de représenter (fig. b). Le lobe gauche (1) paraît sain extérieurement, la face inférieure du lobe droit, au contraire, est sillonnée par une perforation et de forme étoilée, qui communique avec un foyer central. Le bulbe étant relevé on peut également apercevoir l'épanchement sanguin qui occupe le quatrième ventricule.

(1) Voy. Album de la Société.

On fait ensuite une incision le long du vermis supérieur, de façon à pénétrer dans le foyer hémorrhagique. On voit alors une large excavation creusée, aux dépens des deux lobes, mais bien plus considérable à droite qu'à gauche. En effet, en plaçant le doigt dans l'excavation, on ne peut l'enfoncer à gauche que dans la moitié interne du lobe, du côté droit, au contraire, on arrive presque jusqu'à sa partie la plus externe, le lobe, de ce côté, ne forme plus qu'une poche dont les parois sont peu épaisses et qui même sont perforées, c'est par là que le foyer central a communiqué avec les épanchements sous-méningiens.

Suivant le conseil de M. Rendu, j'ai fait des coupes du cervelet pour examiner exactement quelles étaient les parties détruites. J'ai séparé d'abord par une section antéro-postérieure, les deux lobes cérébelleux, en divisant le bulbe et la protubérance du même coup, puis chaque lobe a été divisé en quatre segments par des coupes antéropostérieures également. Ceux-ci ont été placés en regard et numérotés de dedans en dehors par chaque lobe (fig. 2). Voici ce qu'on observe.

Le lobe gauche est creusé d'une cavité qui occupe surtout sa moitié interne et qui empiète cependant sur l'autre moitié, elle se rapproche, en dehors, de la surface postérieure et inférieure du lobe, occupant l'olive, dont on aperçoit encore deux ou trois festons assez distincts, et communiquant même à l'extérieur dans l'intervalle de deux lames au niveau du segment n° II.

Du côté droit, les segments I, II, III sont ouverts en arrière et en bas, l'olive a complètement disparu, les parties blanches antérieures qui constituent les racines des péduncules cérébelleux moyens sont encore assez conservées, enfin le segment IV est lui-même atteint.

Le quatrième ventricule formait la paroi inférieure du foyer. De là, le sang avait pénétré dans l'aqueduc de Sylvius; s'était répandu dans le ventricule moyen et même, passant par les trous de Monro, était arrivé jusque dans les ventricules latéraux où l'on n'en trouvait qu'une très petite quantité, surtout du côté gauche, encore n'était-ce que de la sérosité teintée de sang. Les coupes du cerveau n'ont pas fait, comme nous l'avons dit, retrouver l'ancien foyer hémorrhagique diagnostiqué, on n'y a pas trouvé non plus d'anévrysmes miliaires.

Les autres viscères furent examinés et principalement le cœur. On y trouve un semis de granulations athéromateuses, grosses comme des grains de millet, dans l'aorte; sur le bord adhérent des sigmoïdes, on constate de petites

plaques épaissies, de pareilles encore au bord libre de la mitrale, et au sommet des muscles papillaires, et aussi au bord libre de la tricuspide, mais nulle part, il n'y a d'insuffisance ni de rétrécissement. Enfin, la fibre cardiaque est d'une coloration brunâtre un peu pâle.

En résumé, cette malade est morte d'une hémorrhagie du cervelet. Elle a présenté deux phrases très distinctes. Dans la première, elle a toute sa connaissance, elle n'a d'abord que des vertiges, des vomissements et un affaiblissement général, mais bientôt elle présente des troubles de la vue et de la parole, et entre dans la dernière période. A ce moment, elle perd connaissance, cependant la sensibilité et la motilité persistent, quoique affaiblies, les pulsations cardiaques restent normales quelque temps; les mouvements respiratoires s'espacent de plus en plus, et suffisent peut-être à expliquer la pâleur et le refroidissement observés. A aucun moment, il n'y a eu de convulsions, de contractures ni de mouvements de manège, l'attitude n'a jamais rien eu de spécial. La durée de l'affection a été très courte, ce qui est dû probablement à la compression qu'a subie le bulbe du fait de l'épanchement, compression dont les troubles respiratoires ont sans doute été la conséquence.

23. Coup de canne à épée dans le flanc droit. Plaie du foie, du diaphragme et du cœur. Delirium tremens. Mort le huitième jour après la blessure; par Ad. JALAGUIER, procureur de la Faculté.

Le nommé Grandelaude, employé chez un marchand de vins, reçut, dans la soirée du 10 décembre 1879, un coup de canne à épée dans le côté droit, il ne tomba pas et vit parfaitement son agresseur essuyer son arme, la remettre au fourreau et prendre la fuite; il perdit à peine quelques gouttes de sang, et se croyant très légèrement blessé, il entra chez lui et resta couché jusqu'au 12 décembre. Le soir, le commissaire de police le fit transporter à l'Hôtel-Dieu où il fut admis, salle St-Landry, n° 6, service de M. le professeur RICHET. L'interne de garde le trouva avec une plaie fort minime, en voie de cicatrisation, et se borna à pratiquer l'occlusion.

Le blessé passa une très bonne nuit, et le 13 décembre, à la visite, il était dans un état fort peu inquiétant : calme et sans aucune fièvre, il assurait ne point éprouver de souffrance, sauf peut-être une très faible douleur à la pression dans la fosse iliaque droite; il disait avoir reçu un coup de pied dans cette région, le ventre était très légèrement ballonné.

M. Richet, après avoir attentivement examiné le malade, fut d'avis que la plaie n'était pas pénétrante; ou que tout au moins aucun viscère n'avait été lésé. Il se borna à appliquer un bandage de corps et ordonna le repos au lit.

M. le professeur Brouardel, vit le blessé quelques instants plus tard, fit un examen très complet de tous les organes; consulta le cœur et n'entendit rien d'anormal. En présence d'un tel état de choses, il partagea complètement l'avis du professeur Richet, et porta comme lui un pronostic des moins alarmants.

La journée du 13 décembre se passa bien; mais, dans la soirée, apparut un peu d'agitation qui augmenta pendant la nuit; le malade sortit de son lit à plusieurs reprises et dut être recouché de force. — Le calme reparut vers le matin.

Le 14, à l'heure de la visite, il était debout et demandait son exeat qui lui fut refusé.

Le soir, les symptômes d'un délire alcoolique se montrèrent très-nettement; et le 15 on dut lui appliquer la camisole de force.

Malgré l'opium, qui lui fut administré à haute dose, dans du vin, les accidents augmentèrent rapidement, ils atteignirent le 16 décembre une violence extrême.

Le 17 au matin, après une nuit des plus mauvaises, le malade fut comme frappé de stupeur; et quelques instants plus tard, à la visite, on le trouve immobile, la face grippée, cyanosée très légèrement, les extrémités froides, le pouls petit, misérable.

On était depuis quelques jours bien loin de penser à une plaie du cœur. On crut à une péritonite. Une heure plus tard Grandelaude succombait.

AUTOPSIE. — Le cadavre fut transporté à la Morgue et l'autopsie à laquelle nous avons assisté, fut pratiquée par M. Brouardel, qui a bien voulu nous confier les pièces que nous avons présentées à la Société anatomique et nous communiquer les résultats de son examen nécroscopique: nous les reproduisons ici.

On ne trouve sur la peau du corps qu'une seule trace de violence; elle siège dans le flanc droit, à 13 centimètres au-dessus de l'épine iliaque antérieure et à un centimètre en avant d'une ligne verticale passant par cette épine; en ce point, existe une petite croûte noirâtre triangulaire, mesurant 3 à 4 millimètres dans son plus grand diamètre. En enlevant cette croûte, on trouve qu'elle est doublée par du tissu cicatriciel, au milieu duquel il est impossible de retrouver le trajet qu'aurait suivi l'instrument vulnérant.

Sur la face interne de la paroi abdominale, sur sa surface

péritonéale, on voit un point rouge au niveau duquel le péritoine est éraillé. Ce point indique le siège de l'orifice par lequel l'instrument vulnérant a pénétré dans l'abdomen. Cette petite plaie interne, de mêmes dimensions que l'externe, est cicatrisée, elle est située à 4 centimètres en dedans. L'instrument a donc été dirigé obliquement de bas en haut, et de dehors en dedans.

Sur la face convexe du foie, à deux centimètres au-dessus de son bord antérieur, à droite du point correspondant à la vésicule biliaire, on trouve sur le péritoine un orifice analogue à celui qui existait sur la face péritonéale. Par cet orifice, un stylet introduit sans effort pénètre et ressort à la face concave du foie, à gauche de la vésicule, dans le sillon des vaisseaux sanguins et biliaires. Les bords de ce trajet sont à peine rouges. Le trajet dans le lobe de Spigel n'a pu être retrouvé.

Sur le diaphragme, à 4 cent. 1/2 en avant et en dedans de l'orifice diaphragmatique de la veine cave inférieure, il existe sur ce muscle un petit orifice à bords saillants, mesurant 2 millimètres de diamètre; en saisissant entre les doigts ce point, on constate nettement l'induration de ses bords, causée par le travail de cicatrisation.

Dans le médiastin postérieur, au point de réflexion du péricarde sur les grands vaisseaux du cœur, il y a une large ecchymose.

La face inférieure et postérieure du péricarde présente un orifice analogue. Sur la face postérieure du *ventricule gauche*, à un demi-centimètre à gauche de la veine coronaire postérieure, et au milieu du diamètre longitudinal de ce ventricule, on voit un petit orifice arrondi mesurant à peine 2 millimètres, et dans lequel une sonde cannelée s'introduit par sa seule pesanteur à une profondeur d'un centimètre et demi.

En ouvrant le ventricule, on trouve l'orifice interne de cette perforation situé à la partie postérieure du ventricule gauche, sur le bord de la cloison interventriculaire. L'épaisseur de la paroi du ventricule, au niveau de la perforation, mesure un demi-centimètre d'épaisseur, le trajet à travers la paroi musculaire du cœur est ecchymotique.

Sur le pilier antérieur de la valvule mitrale, on trouve sous l'endocarde, un caillot fibrineux, presque blanc, mesurant 3 millimètres à la surface de l'endocarde, et se terminant en pointe à une distance de 8 millimètres, près de la face antérieure et supérieure du ventricule. Ce petit thrombus forme une sorte de pyramide à trois pans, à base endocardique.

Ces diverses lésions indiquent le trajet suivi par l'instrument vulnérant. Celui-ci a perforé obliquement la paroi abdominale de bas en haut, de dehors en dedans, et d'avant en arrière. Il a traversé le foie, le diaphragme, le ventricule gauche du cœur; la pointe s'est arrêtée dans le pilier antérieur de la valvule auriculo-ventriculaire du cœur gauche. Le trajet total ne mesure pas moins de 23 centimètres.

La cavité du péritoine et celle du péricarde sont remplies par du sang fluide, non coagulé. Dans le péricarde, on en trouve 150 à 200 grammes. Dans le péritoine, au moins 500 à 600 grammes, collecté, pour la plus grande partie, dans la cavité du petit bassin. Les anses intestinales, notamment celles du gros intestin sont distendues par les gaz. En aucun point, il n'existe d'inflammation du péritoine ou du péricarde. Les autres organes sont sains.

Cette observation nous paraît mériter d'attirer l'attention à plusieurs points de vue. Et d'abord, l'absence de tout accident pendant une semaine, à la suite de lésions aussi graves du foie et du cœur. Sans doute, les faits ne manquent pas, où l'on a noté la survie pendant huit ou dix jours après des plaies du cœur. C'est même ce qui arrive assez ordinairement, surtout quand il s'agit de plaies par instruments piquants et d'un petit volume. — Cependant, n'oublions pas la gravité immédiate beaucoup plus grande des plaies du ventricule droit. Ollivier (d'Angers), dans sa statistique, a donné les proportions suivantes : sur 12 plaies du ventricule gauche, 9 ont été suivies de mort immédiate; dans 3 cas seulement la mort n'est arrivée qu'un peu plus tard. Tandis que sur 24 cas de blessures isolées du ventricule droit, 2 seulement ont causé la mort en moins de 48 heures; pour les autres, la vie s'est prolongée du quatrième au huitième jour. Jamain, dans sa thèse d'agregation, est arrivé à des résultats analogues : on a vu la mort immédiate ou très rapide pour le ventricule droit; 6 fois sur 43 cas; et pour les plaies du ventricule gauche, 6 fois sur 28 cas. La différence au point de vue de la léthalité immédiate pour les plaies des deux ventricules, quoique moins considérable que dans la statistique précédente, est encore très marquée. — L'observation que nous rapportons vient donc augmenter le nombre, assez restreint, des faits où une blessure du ventricule gauche a permis la vie pendant plusieurs jours; et le cas est d'autant plus remarquable, qu'avec la plaie du cœur et du péricarde, existaient des lésions du diaphragme et du foie, fort graves par elles-mêmes.

Notons enfin l'absence de tout phénomène inflammatoire, aussi bien dans le péritoine et le péricarde qu'à la surface de l'endocarde.

Il eut été intéressant d'étudier le processus de réparation au niveau des plaies cardiaques; malheureusement, l'examen micrographique n'a pas été fait : La plaie qui siégeait sur le pilier antérieur de la valvule mitrale, était comblée par un caillot fibrineux en voie manifeste de résorption. Quant à la blessure de la paroi postérieure du ventricule, elle était béante, à bords lisses et arrondis; le trajet était ecchymotique; sans doute, un caillot analogue au précédent l'avait oblitérée, et c'est l'expulsion de ce bouchon qui entraîna l'hémorrhagie et la mort. Comme nous le faisait remarquer M. Brouardel, cette observation soulève au point de vue médico-légal, une question assez délicate : La mort a-t-elle été causée par la blessure ou par delirium tremens? En d'autres termes, G., s'il n'eut pas été alcoolique, eut-il pu guérir? On pourrait répondre que la cicatrisation a été observée dans les plaies du cœur par instruments piquants. Mais, ici, surgit une nouvelle difficulté : il est bien évident en effet, que la blessure, toute question de gravité mise à part, et par le fait seul qu'elle est un traumatisme, a suffi pour faire éclater l'accès de delirium tremens, de sorte que la mort a été le résultat de l'action réciproque et successive du traumatisme sur le tempérament alcoolique, et en dernier lieu de celui-ci sur la blessure.

Il ne nous appartient pas de discuter cette question, mais il nous paraît que M. le professeur Brouardel a fort nettement établi la part qui revient à chacun de ces deux éléments, dans les conclusions qu'il a formulées pour ce cas particulier. Voici la première et les deux dernières conclusions :

« — La mort de Grandelaude est la conséquence de la blessure du cœur.

— L'accès de delirium tremens a déterminé une congestion pulmonaire, qui a eu pour conséquence de gêner la circulation et d'augmenter la pression dans l'appareil circulatoire. En même temps, et par la même cause le sang est devenu plus fluide : ces diverses circonstances ont rendu insuffisante la résistance apportée à l'hémorrhagie par des caillots temporaires et le sang s'est épanché dans les cavités séreuses du péricarde et du péritoine.

La mort a donc été le fait de l'hémorrhagie survenue dans les dernières heures de la vie. Cette hémorrhagie a eu pour cause la plaie du cœur et celle du foie. Ces plaies auraient pu se cicatriser, si G. n'avait pas eu des habitudes

alcooliques qui ont amené l'explosion d'un accès de delirium tremens. »

M. LABBÉ présente le bassin d'une femme récemment accouchée, et chez laquelle existe *un abcès profond de la fosse iliaque gauche*, communiquant avec l'articulation coxo fémorale, par perforation de la cavité cotyloïde.

La veine iliaque externe est complètement détruite.

M. TURNER croit que les lésions proviennent de la fosse iliaque et ont gagné l'article, suivant l'avis de M. Verneuil; pour le cas actuel.

M. HOUEL pense que les lésions ont commencé par le fond de la cavité cotyloïde.

M. KIRMISSON. Si les désordres sont postérieurs à l'accouchement, il y a tout lieu de croire qu'il s'agit plutôt d'un phlegmon iliaque primitif.

Le secrétaire,

M. LETULLE.



FÉVRIER

Séance du 6 février.

PRÉSIDENTE DE M. RENDU.

1. Abscès de la fosse iliaque communiquant avec l'articulation coxo-fémorale ; par Ch. FERRÉ, interne des hôpitaux.

M. Féré montre une pièce provenant du service de M. GUYON : Un individu de 50 ans, qui portait depuis plusieurs années un rétrécissement de l'urèthre, qui avait déterminé des abcès urinaires et des fistules persistantes, fut pris d'accidents fébriles au commencement de novembre ; il se plaint de douleurs dans la cuisse droite qui semble augmentée de volume ; on croit sentir un empatement profond derrière le pubis, et, au bout de quelques jours, on constate qu'il y a de la douleur au niveau du grand trochanter. On se demanda s'il ne s'était pas fait une infiltration d'urine dans le bassin, ayant fusé consécutivement dans la cuisse par le trou obturateur. Mais, peu à peu, les symptômes du côté de la cuisse diminuent, tandis que l'empatement de la fosse iliaque augmente ; on ne doute pas qu'il n'y ait là du pus, mais ce n'est que le 31 décembre que l'abcès s'ouvre spontanément vers le milieu de l'arcade crurale, et à deux centimètres au-dessus, en donnant issue à du pus fétide. Le malade succomba huit jours après à la fièvre hectique, malgré les lavages du foyer. — A l'AUTOPSIE on ne trouve aucune connexion entre les lésions de la région inguino-crurale et les lésions des voies urinaires. Il existe une sorte de cavité ovoïde remplissant la plus grande partie de la moitié antérieure de la fosse iliaque, ne dépassant pas, en bas, la crête innommée et située tout entière entre le muscle iliaque et l'os, dont la table interne présente une large érosion à formes serpigneuses. Le pé-

rioste est décollé sur tout le reste de l'étendue de l'abcès, rempli de pus granuleux, qui communique par l'intermédiaire de la gaine du psoas lui-même, absolument sain, avec l'articulation coxofémorale. La tête fémorale est complètement indemne, mais le cotyle présente, à sa partie supérieure, une érosion de l'étendue d'une pièce d'un franc, où le cartilage est détruit; le reste de l'article baigne dans le pus.

2. Dilatation des bronches; pneumonie chronique; gangrène pulmonaire; par Henri Leloir, interne des hôpitaux.

Le nommé P... Henri, âgé de 33 ans, *tailleur de pierres*, entre le 26 décembre 1879 à la Charité, salle Saint-Ferdinand. D'une bonne santé habituelle et d'une robuste constitution, ce malade n'offre rien de particulier à signaler, comme antécédents personnels ou héréditaires. Il y a 17 mois, à la suite d'un refroidissement, il fut atteint d'une bronchite. Depuis cette époque, il a presque toujours toussé, il s'enrhumait avec la plus grande facilité; de plus, il était très court d'haleine.

C'est un homme d'une assez forte charpente, mais très amaigri. Il est en proie à une dyspnée notable et tousse continuellement. Le malade crache et a toujours craché énormément, il remplit son crachoir jusqu'à 2 et 3 fois par jour, de crachats d'un jaune verdâtre, purulents, mélangés d'un liquide muqueux, non fétides, ne présentant pas le caractère nummulaire. C'est surtout le matin à son réveil que le malade expectore abondamment. Il a la fièvre tous les soirs (environ 38°, 5), n'a pas d'appétit, constipation habituelle.

Le thorax, très amaigri, est plutôt puissant et légèrement bombé. Percussion, submatité au sommet droit et au niveau de la racine des bronches à droite. Quelques râles sous-crépitaux au sommet gauche? Râles muqueux au sommet droit. Râles sous-crépitaux dans les $\frac{2}{3}$ supérieurs du poumon droit. M. Raynaud, frappé du peu de rapport existant entre l'état de cachexie du sujet et le peu d'étendue et d'évolution de signes physiques, par l'abondance des crachats non nummulaires, pose le diagnostic dilatation bronchique chez un tuberculeux.

23 janvier. Les crachats deviennent fétides; ils présentent un aspect homogène, prennent une couleur grisâtre, ils ressemblent à une purée de haricots. Le malade a des quintes de toux continuelles et remplit plusieurs crachoirs.

— Fièvre le soir. — 10 grammes de teinture d'eucalyptus dans un julep, avec 1 centigramme d'acide phénique.

26 janvier. Le malade maigrit de plus en plus, perd ses forces, tombe dans un état de prostration complète. Il sue abondamment, a la fièvre tous les soirs, et ne peut plus manger. L'haleine prend une horrible fétidité, elle exhale une odeur gangréneuse qui s'étend au loin. La toux est continuelle, et à chaque quinte, le patient expectore en abondance des crachats grisâtres exhalant une odeur gangréneuse de plus en plus nauséuse. La percussion et l'auscultation ne donnent rien de nouveau.

28 janvier. Le malade tombe dans un état d'adynamie de plus en plus profond. La fièvre persiste.

30 janvier. Mort.

AUTOPSIE. — Le *poumon gauche* est presque sain. Il est un peu congestionné et emphysémateux. Les bronches sont légèrement dilatées vers la partie moyenne. Leur muqueuse épaissie, un peu ramollie et de teinte ardoisée, présente des signes évidents d'inflammation chronique. Pas la moindre trace de tubercules, sauf une petite masse caséuse du volume d'un pois, au sommet.

Le *poumon droit* est fortement adhérent vers sa partie postérieure et moyenne. Ce poumon, d'aspect bosselé et de volume moindre que le gauche, est complètement gangrené dans son $\frac{1}{3}$ inférieur. Il se trouve, dans son quart inférieur, transformé en une substance d'un gris verdâtre, molle, putrilagineuse, exhalant une odeur infecte. Dans ses deux tiers supérieurs, il est le siège d'une sclérose très prononcée, caractérisée par des tractus fibreux partant des ramifications bronchiques dilatées, et s'irradiant dans le parenchyme en forme de losanges. Au milieu de ce parenchyme pulmonaire sclérosé, on observe des cavités de grandeur variable (dilatations bronchiques) dont la face interne est fortement colorée en noir; plusieurs d'entre elles atteignent le volume d'une noix. Ces cavités sont remplies de putrilage gangréneux exhalant une odeur infecte. Autour de ces dilatations bronchiques, on constate des zones plus ou moins étendues de gangrène diffuse. Dans le $\frac{1}{3}$ supérieur, en avant, l'on trouve 5 à 6 cavités du volume d'une grosse noix environ, ayant l'aspect de cavernes, mais dont les parois sont lisses, luisantes, ardoisées. Ce ne sont autre chose que des dilatations bronchiques, ainsi qu'on le peut constater facilement. D'ailleurs, d'une façon générale, tout le système bronchique de ce poumon droit est fortement altéré. Dilatation uniforme des bronches, épaississement de leurs parois, péribronchite, état

ardoisé de leur muqueuse qui est épaissie et ramollie. L'on ne peut, dans ce poumon, non plus que dans le gauche, constater la moindre trace de tubercules. Les ganglions bronchiques, assez volumineux, sont injectés et un peu ramollis.

Le cœur est un peu dilaté et gras. Les autres viscères sont sains.

M. RENDU fait remarquer que, dans ce cas, les lésions semblent, sinon localisées, du moins prédominantes d'un seul côté. Ce détail peut servir quelquefois au diagnostic entre la dilatation bronchique et la tuberculose pulmonaire.

3. Hématome de la dure-mère; par LEDOUX, interne des hôpitaux.

B., 56 ans, entré le 2 février 1880 à la Charité. Cet homme a été amené à l'hôpital dans un état comateux : perte de connaissance absolue, résolution de tous les membres, abolition de la sensibilité. La personne qui l'a accompagné dit seulement qu'il est souffrant depuis plusieurs semaines, qu'il a dû s'aliter il y a huit jours, qu'un médecin qu'on a fait appeler l'a considéré comme atteint de fièvre typhoïde, et, qu'enfin, depuis deux jours, il est dans l'état où nous le voyons aujourd'hui.

L'examen physique montre que la motilité est abolie dans les membres supérieurs et inférieurs. Les membres soulevés au-dessus du plan du lit retombent inertes. Toutefois, nous remarquons en étendant et fléchissant le membre supérieur droit, que celui-ci offre une légère roideur et résiste un peu à ces mouvements de flexion ou d'extension.

Des piqûres d'épingle faites à la plante des pieds ou à la paume des mains provoquent, lorsqu'elles sont profondes, quelques mouvements de retrait. Sur les autres parties du corps, ces piqûres demeurent sans effet.

Les pupilles sont égales. La sensibilité de la cornée persiste encore, bien qu'à un très faible degré. La température rectale est de 39°,5. Pas d'albumine dans l'urine. Rien d'anormal au cœur.

La respiration est stertoreuse. Pas de bruits morbides à l'auscultation des poumons, si ce n'est un ronflement guttural propagé qui couvre le bruit respiratoire.

Ce état de coma chez un individu âgé, sans albumine dans l'urine, fait penser à une lésion cérébrale. On peut exclure, en effet, les fièvres graves à forme comateuse chez un vieillard dont l'affection a présenté une marche progres-

sive et continue depuis plus d'une semaine, et qui n'offre qu'une température, élevée sans doute, mais non hyperpyrétique.

L'absence complète de mouvements convulsifs, le début et la marche de la maladie permettront également d'éliminer le coma épileptique.

Le coma urémique, s'accompagnerait d'un abaissement de température. Il y aurait de l'albumine dans l'urine. Ces deux signes font défaut.

Restent les maladies cérébrales. Mais de quelle lésion s'agit-il? C'est ce qu'il nous paraît impossible de déterminer.

Le malade meurt dans la nuit.

AUTOPSIE. A l'ouverture du crâne, on constate après avoir incisé longitudinalement la dure-mère et écarté en dehors les deux feuillets de cette membrane, une tumeur volumineuse adhérente à la face interne de la dure-mère, au niveau de la région temporo-pariétale gauche, et faisant saillie en dedans à l'intérieur du crâne, aux dépens de l'hémisphère cérébral gauche fortement comprimé.

Cette tumeur, allongée d'avant en arrière, s'étend depuis la partie antérieure de la région frontale de l'hémisphère gauche jusqu'aux limites postérieures de la région pariétale. — Considérée dans ses dimensions verticales ou transversales, elle répond à toute la hauteur des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes qui sont comprimées, affaissées dans toute leur étendue, sauf à leurs extrémités supérieure et inférieure.

La compression du cerveau est bien plus manifeste encore en avant et en arrière de ces deux circonvolutions, de sorte que la région frontale et la région pariétale, au lieu d'offrir une surface convexe, présentent au contraire une surface légèrement concave. Les deux circonvolutions temporale et pariétale ascendantes qui les séparent, étant moins comprimées, forment une sorte d'arête mousse. En un mot, la région fronto-pariétale de l'hémisphère gauche en rapport avec la tumeur affecte la forme d'un « dos d'âne, » d'une selle de cheval dont la ligne médiane saillante répond au sillon de Rolando. Le reste de l'encéphale est sain.

Après avoir constaté les rapports de la tumeur avec le cerveau, celui-ci a été enlevé et la dure-mère a pu être examinée avec soin.

La tumeur qui en dépend est fluctuante, sa face interne se continue avec la face interne de la dure-mère à sa périphérie et offre absolument le même aspect. L'incision montre qu'il s'agit d'une poche remplie de sang liquide,

contenant à peine quelques caillots peu volumineux. Les parois du kyste sont lisses dans toute leur étendue. La paroi interne de la cavité et sa paroi externe se continuent, sans solution de continuité, au niveau de leur circonférence qui répond à la dure-mère.

Les parois de la poche ont partout la même épaisseur qu'on peut comparer à celle de la faux du cerveau.

La dure-mère est saine dans tout le reste de son étendue. Elle s'enlève facilement par dissection des os de la voûte du crâne.

En dehors de la compression que nous avons signalée, l'encéphale ne présente aucune lésion. Les autres organes sont sains.

Ce qu'il y a de particulier dans la lésion que nous venons de décrire brièvement, c'est qu'elle n'offre pas les caractères des hémorragies méningées, des hématomes de la dure-mère, tels qu'ils se présentent d'ordinaire. Ici, en effet, le kyste sanguin paraît constitué par une sorte de dédoublement de la dure-mère. Il n'y a pas de traces de fausses membranes, ou du moins celles-ci ne peuvent être distinguées.

4. Sur deux cas de compression de la zone motrice du cerveau, sans troubles correspondants de la motilité; par
A. PITRES, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Lorsqu'en 1875 et 1876, la question des Localisations cérébrales fut discutée devant la Société de biologie, M. Charcot indiqua très nettement, dès le début de la discussion, les conditions que devaient remplir, selon lui, les observations cliniques et anatomo-pathologiques utilisables pour ce genre de recherches. C'est ainsi qu'il récusait en bloc toutes les observations anciennes dans lesquelles la topographie des lésions était insuffisamment précisée, et tous les cas complexes, à lésions multiples ou diffuses, tels que ceux de méningites ou de tumeurs. On sait quels résultats a produits cette méthode rigoureuse et quel pas immense a fait la question des localisations motrices, sous l'impulsion puissante et la direction éclairée de notre illustre maître. Tout le monde ou presque tout le monde a compris, dès ce moment, la nécessité absolue de faire un choix parmi les observations destinées à servir de fondement à la doctrine des localisations cérébrales, et de rejeter sans hésitation toutes celles qui n'étaient pas accompagnées de détails topographiques suffisants, ou qui ne correspondaient pas à des lésions simples et limitées. Mais tout le

monde n'a pas aussi bien saisi les raisons qui poussaient M. Charcot à récuser les observations de tumeurs déprimant un point *limité* du cerveau. Ces raisons étaient cependant excellentes, et les faits recueillis depuis cette époque prouvent que la symptomatologie des compressions cérébrales est loin de présenter la constance, l'uniformité, la précision que présente la symptomatologie des lésions destructives limitées. Les deux observations suivantes que mes excellents collègues MM. P. Vergely et A. de Fleury m'ont prié de présenter de leur part à la Société anatomique, démontrent, même de la façon la plus évidente, qu'il est impossible pour le moment de tirer aucune déduction précise de l'analyse des faits de ce genre.

Obs. I. — *Compression du lobule paracentral par une tumeur de la faux du cerveau. Absence d'hémiplégie.* (Communiquée par M. le D^r Vergely.)

Péraud, âgée de 70 ans, entrée à l'hospice des vieillards le 15 avril 1878. Cette femme présente dès son entrée les signes d'une démence sénile : elle est grande gâteuse : on est obligé de la tenir attachée sans quoi elle parcourt les corridors et les cloîtres de l'hospice, en troublant le repos des autres malades. Lorsqu'elle est étendue dans son lit, elle remue également bien les deux membres inférieurs et a conservé assez de force dans les bras pour briser souvent les liens de la camisole, à l'aide de laquelle on est obligé de la maintenir. Il n'y a pas de trace d'asymétrie ni de paralysie faciale, pas d'embarras de la parole. Mort le 25 décembre 1879.

AUTOPSIE. — En enlevant le cerveau, on découvre sur le côté gauche de la faux du cerveau, vers la partie moyenne, une tumeur du volume d'une amande, à grand diamètre vertical. Libre et lisse dans presque toute son étendue, elle adhère par un petit pédicule au tissu fibreux de la faux. Son tissu est ferme, d'une coloration grisâtre uniforme, sans grains calcaires dans son intérieur. La pie-mère est normale et se détache facilement de la substance corticale. Les circonvolutions sont en général grêles, peu vascularisées. Pas de lésions en foyer.

Sur la face interne de l'hémisphère gauche existe une dépression assez profonde dans laquelle était logée la tumeur. Elle est située au niveau de la petite scissure verticale qui limite en avant le lobule paracentral et le sépare de la première circonvolution frontale interne. Elle est creusée à peu près également au-dessus des deux circonvolutions qui

bordent cette scissure et refoule par conséquent, en arrière, le lobule paracentral, en avant, la première circonvolution frontale interne. La pie-mère qui le tapisse paraît normale ; elle n'adhère ni à la tumeur ni à la substance cérébrale, qui a conservé dans ce point, la même coloration et la même consistance que dans le reste de l'hémisphère.

OBS. II. — Compression et dépression de tout le lobe frontal droit et de la première circonvolution frontale interne gauche, par un kyste hydatique volumineux. Absence d'hémiplégie. (Communiquée par M. le Dr Armand de Fleury.)

Le nommé Luce Alfred, tailleur, âgé de 22 ans, entre à l'hôpital Saint-André de Bordeaux (salle 12, n° 20) le 20 octobre 1879. Taille moyenne, embonpoint médiocre, musculature relativement développée, téguments fortement pigmentés, cheveux noirs, un peu d'exophtalmie.

Au mois de mai 1879, au milieu d'une santé qui paraissait parfaite, Luce tombe tout à coup et perd connaissance pendant 12 heures. A la suite de cet accident imprévu, difficulté de la marche, faiblesse des membres inférieurs. Néanmoins Luce peut reprendre son travail quatre jours après et le continuer jusqu'à la veille de son entrée à l'hôpital ; et, le jour même de son admission, il gravit, simplement appuyé sur un bâton, les marches de l'hôpital et se rend seul dans sa salle.

Examiné au lit, il présente un facies pâle avec des alternatives de coloration des pommettes qui se reproduisent fréquemment. Interrogé, il répond lentement, comme forcé, et témoigne en toutes choses la plus grande indifférence. Quand on lui pince la peau, il perçoit la sensation douloureuse avec un retard notable, mais il retire le membre sur lequel a porté le pincement.

Les jours suivants, il reste à peu près dans le même état, indifférent à ce qui se passe autour de lui, dans un état d'hébétéude à peu près constant. Il garde habituellement le lit mais peut se lever et traverser la salle pour satisfaire ses besoins. Quand on lui demande s'il souffre, où il souffre et ce qu'il éprouve, il oppose ordinairement à ces questions un silence imbécile. D'autres fois, mieux disposé, il répond en se plaignant de la tête et des jambes. L'appétit est très variable, quelquefois nul, quelquefois boulimique et bestial. Quelques vomissements rares. Dans les premiers jours de novembre, les vomissements deviennent plus fréquents. Le 7, le malade a de la fièvre et pousse des cris hydro-en-

céphaliques, des sortes de mugissements entremêlés de notes graves et fortes. En voulant se lever pour aller aux lieux, il tombe dans la salle et on est obligé de le reporter sur son lit. L'infirmier qui l'a relevé raconte qu'à ce moment la jambe gauche était contracturée, tandis que la droite était dans la résolution. Mais, à la visite du lendemain matin on ne constate ni raideurs, ni paralysie des membres. A partir de ce jour l'hébétude est plus manifeste, les moments de lucidité deviennent plus rares, les vomissements plus fréquents. Le 9 on note de l'amblyopie et du daltonisme; le 12, de la cécité complète. Le malade est gâteux. Du 12 novembre au 15 décembre, état stationnaire. Hébé-tude presque continue, cependant, il y a de temps en temps des intervalles de lucidité, pendant lesquels les idées ont de la suite, et la parole est lentement mais assez nettement articulée. Le 14 décembre, veille de la mort, on constate que la sensibilité au pincement est conservée des deux côtés, et que le pincement des jambes provoque des mouvements assez étendus des deux membres inférieurs. Dans la matinée, le malade commence à dicter une lettre destinée à sa mère, mais il ne peut l'achever parce qu'il tombe tout à coup dans l'impossibilité de formuler un seul mot. Dans l'après-midi, après un effort de vomissement, il tombe subitement en syncope et meurt.

AUTOPSIE le 16 décembre. — Les os du crâne sont friables. Au premier coup de marteau jaillit une colonne de liquide opalin. A peine la calotte crânienne cède-t-elle sous les tractions, qu'elle met à nu un vaste kyste situé entre la dure-mère et la voûte crânienne. Ce kyste est formé par une paroi blanche hyaline; il est encore à demi plein d'un liquide transparent dans lequel flottent cinq petites coques bien closes d'échinocoques. Il est situé au-dessous de la région fronto-pariétale droite. Son volume est égal à celui du poing d'un adulte. Les portions du frontal et du pariétal qui le recouvrent sont le siège d'une ostéite intense: on y voit des ostéophytes nombreux disposés sous forme de rayons. En un point le pariétal est creusé, aux dépens de la table interne, et présente une perforation ovale de 1 centimètre de long sur 7 millimètres de large, à bords tranchants et réguliers. Le péricrâne et le cuir chevelu sont intacts.

La dure-mère ne paraît pas enflammée, elle n'adhère ni à la paroi du kyste, ni à la pie-mère sous-jacents, à sa face interne il n'existe pas de fausses membranes. La pie-mère est pâle, presque exsangue. Elle ne présente aucune trace d'inflammation.

La partie antérieure du cerveau est le siège d'une dépression considérable, circulaire, mesurant 9 centimètres de diamètre et près de 5 centimètres de profondeur. Au niveau de cette dépression les circonvolutions sont aplaties, extrêmement pâles, mais elles ont conservé leur consistance normale. Nulle part il n'existe de traces de ramollissement. La dépression porte principalement sur le lobe antérieur droit. Elle s'étend depuis l'extrémité la plus antérieure de ce lobe jusqu'au sillon de Rolando. Les trois circonvolutions frontales antéro-postérieures, parfaitement reconnaissables malgré leurs déformations, sont considérablement aplaties, la circonvolution frontale ascendante, très notablement diminuée de largeur, est refoulée en arrière et recouverte presque en totalité par la circonvolution pariétale ascendante qui paraît intacte.

L'hémisphère gauche, beaucoup moins altéré que le droit n'a cependant pas complètement échappé à la compression, La moitié antérieure de sa face interne est repoussée en dehors, et présente une dépression allongée qui commence en arrière, au niveau de la partie moyenne du lobule paracentral et occupe toute l'étendue de la première circonvolution frontale interne (1). Il n'a pas été pratiqué de coupes sur le cerveau. La moelle n'a pas été examinée.

RÉFLEXIONS.—S'il est un fait bien établi aujourd'hui dans l'histoire de la pathologie cérébrale, c'est que les lésions *destructives* des circonvolutions ascendantes du lobule paracentral, s'accompagnent toujours de troubles de la motilité du côté opposé du corps. Mais cette loi n'est vraie que si les lésions sont réellement *destructives*. — Les compressions simples des circonvolutions peuvent avoir des effets tout différents, et quand elles se produisent lentement, elles peuvent ne donner lieu à aucune altération appréciable du mouvement, ou ne provoquer que des troubles moteurs vagues, diffus, variables, transitoires, bien différents des phénomènes paralytiques limités et permanents que produisent toujours les destructions totales ou partielles de la zone motrice. En réalité, ces faits ne prouvent rien ni pour ni contre la doctrine des localisations cérébrales. Malgré leur apparence simplifiée, ils échappent à l'analyse physiologique par la multiplicité et l'étendue des troubles qu'ils sont de nature à provoquer. Etant donnée, en effet, une tumeur comprimant un point quelconque du cerveau, il est impossible de savoir exactement jusqu'où s'étendent les effets de

(1) Un moulage en plâtre de ce cerveau a été déposé au musée Dupuytren.

la compression. Quelque bien limitée que paraisse la dépression extérieure, il est certain que les parties voisines en ressentent plus ou moins les effets, et même que l'augmentation de tension, qui résulte de la présence dans l'intérieur de la boîte crânienne d'un véritable corps étranger, doit se faire sentir sur tout l'encéphale. D'autre part, nous ignorons absolument quels sont les effets directs de la compression : nous ne savons pas quelles limites elle peut atteindre sans préjudice pour les parties sous-jacentes, et jusqu'à quel degré elle doit être poussée pour altérer la nutrition ou le fonctionnement des parties comprimées.

Il en résulte, qu'en réalité, tout cas de compression est un cas des plus complexes. Les faits, semblables à ceux que nous venons de rapporter, dans lesquels des compressions plus ou moins fortes des régions motrices du cerveau ne se sont traduites pendant la vie par aucun trouble précis de la motilité, ne doivent donc jeter aucune incertitude, dans l'histoire des localisations motrices. Ils méritent assurément d'être recueillis et étudiés avec curiosité ; mais ils ne sauraient, en aucun cas, être mis en opposition avec les faits simples et précis de destructions partielles de l'écorce, sur lesquels est basée toute la doctrine des localisations corticales.

5. M. TERRILLON expose les résultats des recherches qu'il a entreprises sur l'anatomie pathologique de l'épididymite blennorrhagique. Il a reproduit expérimentalement l'épididymite sur des chiens. Pour cela, il a injecté dans le canal déférent, au niveau de l'aine, une petite quantité d'une solution faible de nitrate d'argent.

Au deuxième jour, une épididymite apparaît consistant en un gonflement, surtout marqué à la queue de l'épididyme où un noyau induré se forme. Vers le quatrième ou cinquième jour, des phénomènes de voisinage se montrent ; un épaissement des parties périphériques au testicule a lieu, absolument comme dans l'épididymite blennorrhagique chez l'homme.

L'examen macroscopique des voies génitales donne les résultats suivants : Le canal déférent est plus épais que l'autre. Les circonvolutions de la partie terminale de ce canal sont jaunâtres au lieu d'être opalines. Au niveau de la queue de l'épididyme se trouve un noyau, dans l'intérieur duquel existe une sorte de cavité, analogue à un abcès en voie de formation.

A la surface de l'épididyme, on trouve un épaissement du tissu cellulaire périphérique et la séreuse vaginale est recouverte de fausses membranes.

Sur le corps de l'épididyme, l'épaississement se prolonge en diminuant jusqu'au voisinage de la tête; ces parties sont jaunâtres, souvent même on trouve un petit noyau rappelant un abcès.

En examinant les liquides qu'on trouve dans les différentes régions, on remarque : Au niveau du point où l'injection a eu lieu, un liquide muco-purulent, contenant un grande quantité de leucocytes et de granulations graisseuses.

Au niveau de la queue de l'épididyme, dans l'intérieur de la masse ramollie rappelant un abcès, existe un liquide analogue au précédent, mais contenant parfois des spermatozoïdes morts. Au voisinage de la tête, on trouve des spermatozoïdes vivants et quelques globules de pus. Enfin, dans la tête de l'épididyme, des spermatozoïdes vivants. La vaginalite, dans tous ces cas, existe constante, les fausses membranes surtout sont nombreuses au niveau de la queue de l'épididyme.

Chez l'homme, dans la blennorrhagie, les choses se passent absolument de même. D'après la description de Marcé on trouverait un canal déférent jaunâtre, un noyau ou abcès au niveau de la queue de l'épididyme.

De même, pour le liquide contenu dans les canaux déférents. La signification probable de ces faits est celle-ci : Il existe une épididymite catarrhale dans la blennorrhagie, un catarrhe purulent propagé aux canaux déférents. Jamais le testicule n'est envahi.

L'absence de spermatozoïdes dans la liqueur séminale des blennorrhagies compliquées d'orchite double, était expliquée par Gosselin, par l'oblitération des canaux déférents. Je crois, dit M. Terrillon, qu'il s'agit plus simplement d'un catarrhe purulent persistant quelquefois très longtemps.

Dans le sperme d'un de ces malades, ne trouve-t-on pas non seulement une coloration jaunâtre du liquide, mais des globules purulents et des granulations réfringentes. Il paraît donc probable que le catarrhe persistant déverse dans les voies spermatiques un liquide purulent.

M. DURET demande si l'injection était poussée avec force

dans ces expériences. Il faut tenir compte de la diffusion facile des liquides dans le tissu cellulaire péricanaliculaire.

M. TERRILLON. La pression n'a jamais été considérable. Nous nous sommes servis, M. Monod et moi, d'une petite seringue de Pravaz.

6. M. DUPLAIX montre une *ostéite diffuse généralisée du tibia*.

7. M. GALLOIS présente un *corps étranger du 4^e ventricule*. L'examen histologique a été fait par M. Audhoui.

Séance du 13 février 1880.

PRÉSIDENTE DE M. RENDU.

8. M. RENDU, vice-président, prononce le discours suivant :

Messieurs,

C'est une ancienne tradition de notre Société que le président, à chaque année qui commence, inaugure la session nouvelle en rappelant les travaux accomplis et en indiquant les progrès à réaliser. Cette année, le concours d'agrégation nous enlève provisoirement M. le professeur Charcot, et c'est à moi que revient la tâche fort douce de vous adresser l'allocution d'usage.

Tout d'abord, Messieurs, je tiens à vous remercier de ce titre de vice-président que vous avez bien voulu me décerner par vos suffrages. Je le considère, non seulement comme une distinction des plus flatteuses, mais, avant tout, comme une faveur qui oblige ; aussi, je m'engage à faire tous mes efforts pour justifier votre confiance et ne pas la démentir.

N'attendez pas de moi, Messieurs, un exposé complet des travaux de votre Société pendant l'année 1879. Un rapport semblable à ceux dont nos aînés entendaient la lecture annuelle n'a plus aujourd'hui sa raison d'être. Notre génération, plus exigeante, ne saurait se contenter de la description extérieure des lésions organiques, et nous cherchons à

pénétrer plus profondément dans l'intimité des phénomènes morbides. Vos Bulletins, je me plais à le reconnaître, témoignent chaque jour davantage de cette tendance scientifique : la plupart des pièces que vous présentez sont appuyées du double contrôle de l'observation clinique et de l'analyse microscopique ; et il n'est aucune question à l'ordre du jour qui ne devienne immédiatement de votre part l'objet d'une investigation approfondie. Sous ce rapport, Messieurs, la Société Anatomique, si modeste qu'elle soit, tient honorablement sa place dans le mouvement scientifique, et tous ceux qui ont l'habitude des recherches bibliographiques savent quelle mine précieuse de renseignements ils sont assurés de trouver dans vos Bulletins.

Avant d'inaugurer la session nouvelle, Messieurs, je dois vous rappeler le souvenir de ceux des membres de notre Société que l'année 1879 a vus disparaître. La Faculté de Médecine, pendant ces douze derniers mois, a perdu trois de ses membres les plus éminents, qui ont laissé une impérissable mémoire : les professeurs Tardieu, Gubler et Chauffard se sont éteints prématurément, dans toute la plénitude de leur intelligence, en pleine maturité de leur talent. De ces trois maîtres, deux seulement appartenaient à notre Société, mais, nous qui avons connu M. Chauffard, qui avons assisté à l'enseignement brillant où il dépensait pour nous instruire le meilleur de lui-même, nous devons l'associer dans un commun souvenir.

Des voix plus autorisées que la mienne, Messieurs, ont esquissé les figures de ces maîtres éminents et retracé l'histoire de leur carrière scientifique féconde. Ici, ma tâche est plus modeste. Le professeur Tardieu, comme le professeur Gubler, avaient commencé par faire partie de la Société Anatomique, et ce n'est pas une mince distinction pour nous de compter de pareils devanciers. Avant d'arriver aux honneurs scientifiques et à la dignité du professorat, Tardieu avait fait ses premières armes dans notre Société, et pendant plusieurs années il en avait été l'âme. Cet esprit brillant et facile, qui s'assimilait tout et qui étonnait par l'inépuisable fécondité de ses productions, avait débuté par donner la mesure de sa valeur dès ses années d'internat. En 1839, époque où il fut nommé membre adjoint de la Société Anatomique, il était aussi passionné pour l'étude de l'anatomie pathologique qu'il le fut plus tard pour la médecine légale ou l'hygiène. Ouvrez les bulletins de notre Société, dans la période qui s'étend de 1839 à 1846, vous le voyez prendre part à toutes les discussions, s'occuper de toutes les questions scientifiques à l'ordre du jour, avec cet

esprit net, cette parole claire et incisive qui faisait pénétrer la conviction dans l'esprit de ses auditeurs. En 1841, il devint vice-secrétaire de la Société ; l'année suivante, il en est le secrétaire ; en 1843, il est nommé vice-président ; de 1840 à 1844, il ne cesse de faire partie du Comité et d'y apporter cette activité et cet esprit d'organisation qu'il savait mettre en tout. Au point de vue scientifique, il serait trop long de vous rappeler tous les cas curieux, tous les faits alors nouveaux et ignorés que Tardieu a fait connaître. A lui, nous devons des recherches sur les tumeurs blanches, où il se montre le précurseur des idées modernes ; sur la typhlite et les perforations intestinales d'origine tuberculeuse, maladies dont l'histoire était alors à peine ébauchée. Le premier, il fait connaître les relations qui existent entre la maladie de Bright et l'hémorrhagie cérébrale ; enfin, c'est pendant cette période qu'il recueille les matériaux anatomiques de sa monographie célèbre sur la morve chez l'homme.

Tardieu venait d'être nommé membre honoraire de la Société anatomique quand Gubler y entrait, en 1845, à titre de membre adjoint. Il avait alors 25 ans, et, pour ses débuts dans la carrière, il venait d'obtenir presque en même temps le premier prix de l'Ecole pratique et le titre d'interne. Lui aussi était doué de qualités merveilleuses, d'une faculté d'assimilation et d'une puissance de travail incroyables. Elevé dans un village, chez un oncle pharmacien à Rocroy, il avait trouvé moyen, avec les ressources plus que modestes dont il disposait, d'être, avant 20 ans, classé dans la littérature, dans les sciences physiques et dans la botanique, sa science de prédilection. A un âge où la plupart cherchent encore leur voie, il avait trouvé la sienne ; l'amour de la science le possédait, et la médecine lui donna le moyen d'appliquer ses connaissances encyclopédiques. Aussi le voyons-nous, presque au seuil de la carrière, mener de front, avec un égal succès, la chimie, la physiologie, la clinique et l'anatomie ; embrasser, en un mot, toutes les sciences biologiques. Dans cette quantité de travaux, Messieurs, je dois me restreindre et ne choisir que ce qui a trait à l'anatomiste. Pendant cinq ans, depuis 1846 jusqu'à 1849, vos bulletins font mention d'une série de communications, toutes marquées au coin d'un esprit original et brillant, qui saisissait les analogies des faits, en apparence disparates, et les généralisait sous forme de lois. Je vous citerai seulement les nombreuses pièces pathologiques relatives à l'histoire de la cirrhose, dans lesquelles il établissait, bien avant que l'on ne connût la cirrhose hypertro-

phique, la part que prennent les vaisseaux biliaires à certaines formes de sclérose hépatique; celles relatives au foie amyloïde qui se rencontre chez certains albuminuriques. C'est également à cette date qu'il faut rapporter les célèbres travaux de notre regretté maître sur la syphilis du foie, dont il présentait en même temps des exemples à la Société Anatomique et Biologique. Il était bien préparé, comme vous le voyez, par ses études personnelles à écrire, en 1853, la thèse magistrale sur la théorie de la cirrhose.

Tels sont, bien imparfaitement reproduits, les principaux travaux qui ont signalé le passage de Gubler à la Société Anatomique. Je croirais manquer à la mémoire d'un de nos maîtres les plus chers, si je ne lui adressais ici un hommage tout personnel de reconnaissance, quand je me souviens des inappréciables conseils qu'il me prodiguait pendant mon internat. Si l'enseignement clinique de M. Gubler était si fécond, c'est qu'il s'appuyait à la fois sur l'observation et la physiologie, et aussi sur la connaissance approfondie des lésions anatomiques qu'il avait puisée dans les études de sa jeunesse.

Il me reste maintenant, Messieurs, à vous parler de l'un de nos collègues les plus aimés, d'un camarade de notre âge, qu'une mort prématurée est venue nous ravir au moment où il recueillait les fruits d'un travail opiniâtre, et quand pour lui s'étaient aplanies les difficultés de la carrière.

Emmanuel Bourdon, né à Paris en 1845, appartenait à une de ces familles médicales où la distinction et le savoir sont traditionnels. Fils et petit-fils de médecins éminents, il avait hérité des talents paternels, et surtout de cette délicatesse de sentiments qui est l'apanage des esprits d'élite. Vous vous rappelez avec quel charme et quelle élégance de diction notre regretté collègue exposait les détails les plus arides de l'anatomie pathologique. Lorsqu'il parlait, de cette voix douce qui scandait si bien les phrases, le silence se faisait autour de lui, et personne n'excellait comme lui à faire ressortir les détails qu'il voulait mettre en lumière.

Dans cette vie scientifique si courte, Messieurs, c'est la Société anatomique qui a reçu la plupart des productions d'Emmanuel Bourdon. Nommé interne, dans les premiers, de la promotion de 1868, dès l'année suivante il commençait une série de présentations qui, pendant les années 1870, 1871 et 1872, témoignent par leur nombre et leur variété de

l'ardeur scientifique qui l'animait. Ce qui frappe, dans ces présentations, c'est qu'au lieu d'être le fruit des hasards de la clinique, elles sont le résultat d'une série d'études poursuivies dans une direction déterminée, et destinées à résoudre des questions scientifiques litigieuses. Ainsi, dans l'histoire des hernies, bien des points de diagnostic et de thérapeutique chirurgicale étaient obscurs : c'est à les étudier que s'applique notre collègue. Nous le voyons successivement signaler une anomalie peu connue du canal vagino-péritonéal : ailleurs, une hernie de l'ovaire dans le canal inguinal, avec cette particularité que l'organe était devenu kystique et formait une tumeur d'un diagnostic fort délicat. Une autre fois, c'est une hématocte ancienne survenue dans un sac herniaire, et simulant une tumeur solide.

Les tumeurs glandulaires, et particulièrement celles qui prennent naissance aux dépens des ganglions lymphatiques, étaient l'objet des études de prédilection de notre collègue. En 1871, il présenta un lymphadénome de la face postérieure de la paupière, localisation rare dont il n'existait alors que très peu d'exemples dans la science : puis, quelques mois après, un adénome de la glande sous-maxillaire ayant amené par voisinage, une ulcération de la carotide externe : en 1872, il montre deux formes de cancers, nés primitivement dans les ganglions du cou, l'un offrant la structure du carcinome, l'autre du lymphadénome ; ce dernier, généralisé au foie, a constitué le premier type histologiquement bien connu de cette néoplasie dans le parenchyme hépatique.

Dans toutes ces présentations, qu'il serait facile de multiplier, nous retrouvons les qualités dominantes de Bourdon, la lucidité et l'élégance, comme aussi, l'esprit pratique qui, dès les premières années de son internat, annonçait le futur chirurgien des hôpitaux. Chacune de ces observations est comme une petite monographie en miniature, où sont discutées, avec une précision d'anatomiste, les points litigieux du diagnostic et les indications du traitement.

Au moment où notre collègue s'appliquait avec tant d'ardeur à enrichir nos Bulletins scientifiques, un immense malheur vint le frapper : en quelques semaines, il eut la douleur de perdre sa jeune femme et son fils. De telles catastrophes, quand elles atteignent une âme sensible comme celle de Bourdon, portent un coup mortel : à partir de ce jour, en effet, on peut dire que notre pauvre collègue s'est survécu à lui-même. Lui, si assidu à nos séances, si

ardent à l'étude de l'anatomie pathologique, il s'isole, il vit à l'écart, il se plonge pour s'étourdir, dans un travail fébrile qui achève d'ébranler sa santé délicate. C'est de cette période que date sa thèse sur les anaplasties périnéo-vaginales, œuvre magistrale qui, de l'avis des juges compétents restera comme un modèle d'exposition scientifique et de critique judicieuse.

Tel a été, Messieurs, le collègue que nous venons de perdre. J'ai insisté de préférence sur ses travaux d'anatomie pathologique, puisque, c'est notre Société qui a reçu les prémisses de ce talent, si plein de promesses pour l'avenir. Il y a six mois, nous pouvions espérer encore que ces promesses allaient se réaliser : l'ère des concours venait d'être fermée pour Bourdon ; notre collègue avait obtenu ce titre si envié et si durement acheté de chirurgien des hôpitaux. Mais, hélas ! il était trop tard. En lui la Société anatomique a perdu l'un de ses membres les plus distingués, et nous, ses camarades de promotion, un ami sûr, dévoué, dont nous ne pouvons oublier le souvenir. Combien d'hommes, arrivés au terme d'une vie plus longue, n'ont pas rempli aussi dignement leur carrière !

9. Monoplégie brachiale droite, avec contracture et tremblement, produite par un tubercule développé dans la couche optique, et comprimant la capsule interne dans sa partie postérieure ; par J. DEJERINE, chef de clinique à la Faculté.

H. Marie, 25 ans, blanchisseuse, entre le 8 octobre 1879, salle Sainte-Anne à la Charité, service de M. HARDY. — *Antécédents héréditaires.* Mère morte à l'âge de 56 ans, des suites d'une métrorrhagie. S'était toujours bien portée auparavant. Père mort, aucun renseignement ; la malade ne l'a jamais connu. — *Antécédents personnels.* S'est toujours bien portée dans son enfance ; n'a jamais fait de maladie. Elle était même robuste. Il y a quinze mois, après s'être refroidie, elle eut un rhume qu'elle ne put guérir. Elle n'a jamais craché de sang ; mais les crachats d'abord muqueux devinrent quelque temps après purulents, nummulaires. Il y a deux mois, la main droite fut prise d'un *tremblement* léger, rythmique, et le bras d'un léger degré de *contracture*.

Quand le froid survint, la toux redoubla, amena des vomissements après les repas, et la malade, à bout de forces, se présente à la Charité où elle est reçue salle Sainte-Anne, n° 5, dans le service de M. le professeur Hardy. — *Etat actuel.* Cette malade est dans un état d'amaigrissement très prononcé. — *Poumons.* En arrière, au sommet droit, râles

sous-crépitaunts; expiration soufflante à gauche; souffle cavitaire et bronchophonie intenses. Matité des deux côtés en avant. Sonorité exagérée sous la clavicule droite et râles sous-crépitaunts; à gauche, sous la clavicule, bruit de pot fêlé, souffle et gargouillement. — *Intestins*. Diarrhée incoercible depuis son entrée dans le service. — *Cœur*. Rien de particulier. — *Membres supérieurs*. Il existe à droite une monoplégie brachiale très prononcée et datant de deux mois environ. Le début de cet affaiblissement du membre a coïncidé avec un léger tremblement de la main droite, tremblement qui a persisté et qui à peine sensible au repos, est exagéré par les mouvements volontaires; ce tremblement est à direction transversale et cesse par moment; il n'existe pas tous les jours. La paralysie est très marquée. La malade peut élever son bras au-dessus de son lit; mais peut à peine serrer en fléchissant les doigts. Le bras paralysé présente un léger degré de contracture.

La jambe droite ne présente pas de paralysie comme le bras du même côté, du moins on ne constate pas qu'il y ait dans ce membre inférieur la moindre trace de faiblesse; la malade se tient bien sur la jambe droite, et n'accuse pas de faiblesse dans son membre.

Si la mobilité du membre inférieur droit est intacte, il n'en est pas de même de la sensibilité qui est fortement diminuée, beaucoup moins toutefois qu'au bras, où il y a un degré assez marqué d'anesthésie et d'analgesie. — *Sensibilité*. Anesthésie et analgesie très marquées de la main et du bras droit, surtout quand on se rapproche de l'extrémité des membres. Un peu aussi de thermo-anesthésie. Le facial est intact, bien que la malade accuse un peu de raideur de la face à droite.

Rien du côté de l'orbiculaire des paupières. La sensibilité est notablement diminuée du côté droit de la face. Les sens spéciaux sont intacts. — *Membres inférieurs*. La motilité et la sensibilité sont normales. — *Traitement*. Bromure de potassium 2 grammes par jour. La malade meurt le 14 décembre 1879.

AUTOPSIE. — *Cerveau*. La couche corticale au niveau des points moteurs est absolument saine. Les méninges sont intactes et n'adhèrent pas à la substance cérébrale. Les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes sont d'une intégrité parfaite. — *Coupe pariétale*: on trouve en pratiquant cette coupe, une tumeur, de la grosseur d'une noisette et siégeant sur la capsule interne entre la partie postérieure de la couche optique d'une part, et cette même capsule interne; cette tumeur paraît développée dans le tiers postérieur de

la couche optique, et se distingue très nettement du tissu cérébral voisin, bien quelle en ait un peu la couleur grisâtre. Elle est composée d'une partie périphérique dure, résistante au doigt, et elle est ramollie à son centre.

Poumons. La plèvre gauche contient une certaine quantité de liquide; le poumon, de ce côté, adhère à la plèvre pariétale. Quelques adhérences à droite aussi; mais elles se rompent facilement, sans déchirure des poumons. A la coupe, le poumon gauche présente dans ses deux-tiers supérieurs des cavernes et cavernules superficielles entourées de noyaux de pneumonie chronique. Sous la clavicule gauche, existe une caverne pouvant contenir un œuf de pigeon, et entourée d'une coque fibreuse, caverne qui, à la percussion, produisait le bruit de pot-fêlé constaté pendant la vie. Dans le tiers inférieur de ce poumon, pneumonie tuberculeuse en voie de caséification. A droite, le poumon droit n'a pas de caverne, mais on constate de la pneumonie tuberculeuse, également en voie de caséification. — *Cœur.* Pas de lésions d'orifices ni des valvules. Il est simplement recouvert d'une certaine quantité de graisse. — *Foie.* Foie gras, augmenté de volume. Pas de dégénérescence amyloïde. — *Reins.* Les reins sont anémiés dans la couche corticale, et on trouve un certain degré de tuméfaction trouble des épithéliums. — *Intestins.* Ulcérations tuberculeuses nombreuses dans tout l'intestin grêle; et granulations tuberculeuses du péritoine au niveau des ulcérations.

Rien de particulier à noter du côté du *cervelet*, du *bulbe rachidien*, ni de la *moelle épinière*.

RÉFLEXIONS.— Cette observation est intéressante, car elle tend à montrer qu'il peut exister des monoplégies, sans qu'il soit besoin pour cela d'une lésion corticale, et elle démontre que les faisceaux nerveux destinés au membre supérieur, sont, dans la capsule interne, parfaitement distincts des faisceaux du membre inférieur. L'hémi-anesthésie observée pendant la vie, est en rapport avec la lésion constatée à l'autopsie, l'absence d'altération des sens spéciaux est explicable par la nature même de la lésion, les tumeurs, comme on le sait, peuvent quelquefois sembler faire exception à la doctrine des localisations, exception qui n'est qu'apparente, car les phénomènes de compression qu'elles produisent sont très variables, il y a refoulement des éléments nerveux voisins, dont quelques-uns peuvent échapper à la compression, et il est probable que, dans le cas actuel, il en a été ainsi pour les fibres des sens spéciaux qui passent dans la capsule interne, à sa partie postérieure.

M. PITRES rappelle que les faisceaux moteurs dissociés dans le centre ovale le sont encore dans la capsule interne. En excitant des parties circonscrites de la capsule interne, on obtient des phénomènes d'excitation localisée.

10. Kyste hydatique du foie, ouvert spontanément dans l'abdomen et amenant la mort par hémorrhagie foudroyante, chez un malade atteint d'insuffisance et de rétrécissement aortiques, d'insuffisance mitrale et de néphrite parenchymateuse ; par Aimé MALHERBE, aide de clinique.

Fournier Jules, 22 ans, garçon boucher, entre le 1^{er} décembre 1879, à la Charité, service de M. HARDY.

Antécédents héréditaires. Père mort à 47 ans, aucun renseignement ; mère vivante bien portante ; deux sœurs et trois frères bien portants.

Antécédents personnels. A l'âge de six ans, il eut une maladie qu'il ne peut définir, mais pendant le cours de laquelle il eut un œdème généralisé. A l'âge de quinze ans, à la suite d'une bronchite assez intense, il eut des crachats sanglants ; mais, là encore, les indications fournies par le malade sont vagues. En 1874, il habitait dans un lieu très humide, il y couchait surtout. Il fut pris à cette époque d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, généralisé, qui le força à garder le lit deux mois. Il se soigna, n'eut pas de palpitations alors ; seulement, après, pendant 3 ou 4 mois, quand il se fatiguait un peu, il remarquait que ses jambes, au niveau des malléoles, étaient enflées le soir. La santé se rétablit, et, au dire du malade, il ne se sentait plus de rien. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme. Il y a 6 mois, il fut pris de palpitations, d'essoufflement, d'un certain degré de dyspnée, et, ce qui éveilla surtout son attention, de vertiges en marchant ou en travaillant. Il perdit même un jour connaissance en portant une moitié de bœuf, chose qu'il faisait d'habitude facilement. Depuis, les phénomènes continuèrent, la dyspnée et l'essoufflement augmentèrent ainsi que les vertiges. Enfin, survinrent des points de côté fréquents qui décidèrent le malade à entrer à la Charité demander des soins. Il est reçu le 1^{er} décembre 1879, salle Saint-Charles lit n° 2, dans le service de M. Hardy.

État actuel. Ce malade présente les attributs d'une constitution robuste ; il est bien musclé, le facies a une coloration normale, quoique exprimant un peu d'anxiété. Pas d'œdème des extrémités inférieures.

Poumons. Submatité, résistance au doigt, en arrière, dans les deux tiers inférieurs du poumon droit. Diminution de

la respiration dans toute la hauteur du côté droit. Frottement très fin dans le tiers moyen. Sous la clavicule droite, en avant, la respiration est moins nette qu'à gauche où elle est normale.

Cœur. Légère voussure dans la région précordiale. La pointe bat dans le 5^e espace intercostal. Les battements sont forts, et il y a un léger frémissement systolique. La matité précordiale paraît augmentée : 9 centimètres dans le sens vertical, et 10 centimètres dans le sens transversal. Souffle systolique de la pointe en jet de vapeur. Souffle diastolique de la base ayant son maximum sur le bord droit du sternum, dans le deuxième espace intercostal. Retard de la pulsation carotidienne sur la systole ventriculaire. Pouls régulier, un peu dur, un peu bondissant, 92 pulsations. Légère exagération des battements carotidiens. Pas de souffle intermittent crural.

Foie. Le foie déborde de deux travers de doigt les fausses côtes. Il mesure en hauteur 15 centimètres environ. La pression et la percussion sont douloureuses à son niveau.

Rate. Normale. *Tube digestif.* Un peu d'anorexie dans ces derniers temps, pas de diarrhée, plutôt de la constipation. *Urine.* Réaction acide, pas d'albumine, densité 1021.

Traitement. P., bromure de potassium 2 grammes. Teinture de digitale 20 gouttes par jour.

23 décembre 1879. Le malade allait bien et demandait à sortir, quand, un matin, il se plaint d'essoufflement; à l'auscultation, on constate un bruit présystolique; dédoublement du deuxième temps à la pointe; il se plaint de courbatures, de maux de reins, il présente un certain degré de boursoufflement de la face, de l'œdème des paupières, et un peu d'œdème périmalléolaire.

8 janvier 1880. L'urine est foncée, a l'aspect de bouillon. L'excrétion est d'un litre environ par vingt-quatre heures et contient une quantité notable d'albumine, 6 gr. 50 par litre et 10 grammes d'urée. Le malade est soumis au régime lacté, avec administration de 3 pilules de tannin, de 10 centigrammes chaque. Depuis cette époque, le malade s'affaiblit de plus en plus, mais sans présenter aucun symptôme urémique; du reste, jusqu'au jour de sa mort, l'excrétion s'est faite régulièrement et la quantité d'albumine varie de 7 à 8 grammes par litre.

31 janvier. A 6 h. 1/2 du matin, le malade accuse de violentes coliques, en même temps que mal à la tête. Il veut se lever pour aller au cabinet, mais, aussitôt revenu à son lit, il est pris d'une syncope. On lui administre un peu d'éther, il reprend connaissance. Jusqu'à 9 heures, les

douleurs de ventre persistent. Au moment de la visite, la face du malade est pâle, il est dans un demi-coma; pour- tant, après l'application de sinapismes sur la poitrine et les cuisses, il revient à lui. Il est bientôt repris d'une syn- cope qui l'emporte. La face et toutes les muqueuses étaient pâles, le mourant était couvert d'une sueur froide et le re- froidissement augmentant, il meurt à 10 heures du matin.

Examen de l'urine. Albumine, 14 grammes par litre; urée, 11 grammes par litre.

AUTOPSIE. Le cadavre est pâle, mais pas d'amaigrisse- ment des masses musculaires.

Foie. A l'ouverture de l'abdomen, on est tout d'abord frappé par la présence d'une hydatide de la grosseur d'une tête d'enfant, nageant librement dans les quatre litres d'ascite que contient le péritoine. Elle n'est composée absolument que de sa membrane-mère et n'est recouverte par aucune membrane fibreuse d'enveloppe. On a cherché à l'enlever sans la déchirer, mais, quand elle a été sur la main, elle s'est rompue dans toute son étendue et a donné issue à un liquide eau de roche caractéristique. De plus, dans la cavité péritonéale, au niveau du bord inférieur du foie, on rencontre un caillot considérable; en suivant ce caillot de bas en haut, on arrive à une tumeur considérable siégeant à la face postérieure du lobe droit. La paroi externe de cette tumeur est résistante, lisse: au niveau du point de rencontre avec le caillot contenu dans le péritoine, elle est déchirée sur une longueur de 4 à 5 centimètres. Cette paroi n'est autre que l'enveloppe fibreuse de l'hyda- tide, qui, au moment de la rupture, s'est glissée dans la ca- vité péritonéale. L'hydatide est remplacée par un caillot volumineux qui est venu se mouler dans la cavité formée par l'enveloppe fibreuse du kyste et qui, une fois cette cavité remplie, a continué à se former en nappe dans le péritoine. La mort peut donc déjà être expliquée. L'hydatide, en quit- tant sa membrane fibreuse, a laissé vide une cavité à mem- brane suffisamment vasculaire pour que, simplement par manque d'équilibre de pression dans les organes voisins et dans la poche où le vide était fait, le sang ait pu transsu- der en quantité assez considérable pour amener la mort. Le caillot, en effet, pesait environ 1,500 grammes. Et je m'empresse de faire remarquer que l'examen le plus minu- tieux n'a révélé aucune déchirure du foie, ni dans la face profonde du kyste, ni dans sa face superficielle. — Au niveau de la déchirure, il n'y avait de rompu absolument que l'enveloppe fibreuse du kyste, à laquelle nous avons encore trouvé adhérents quelques débris d'hydatide. Au

microscope, nous avons trouvé une quantité considérable d'échinocoques armés de leurs crochets.

Cœur. Le cœur est volumineux, recouvert de graisse; pas de trace de péricardite ancienne. On est tout d'abord frappé de la petitesse de l'aorte, qui se rétrécit tout d'un coup au niveau du canal artériel et ne laisse, à partir de ce niveau, passer l'index qu'avec peine. Il n'y a pas trace d'athérome, l'aorte est absolument lisse, le rétrécissement doit donc être congénital. Les valvules sigmoïdes de l'aorte sont légèrement épaissies et, si on verse de l'eau dans l'aorte, on constate facilement leur insuffisance. La valvule mitrale est peu touchée, bien que ses valves soient épaissies, mais le rétrécissement est peu appréciable, on passe facilement les deux doigts à travers elle, et le bruit qu'on entendait pendant la vie peut être dû simplement à cet épaississement des valves, qui donnait au bruit normal un timbre râpeux et sourd.

Poumons. Dans les poumons, en tant que parenchyme, nous ne constatons aucune lésion. Les plèvres ne contiennent point de liquide. Mais, du côté droit, en arrière, contre le lobe supérieur, nous retrouvons encore un kyste hydatique du volume des deux poings et développé dans la plèvre; nous avons par là l'explication de la matité et des frottements, car, là, la plèvre viscérale est notablement épaissie à ce niveau. Ce kyste hydatique est absolument complet. Il est rempli d'un liquide eau de roche contenant des hydatides filles, qui toutes ont des échinocoques armés de crochets.

Reins. Les reins sont gros, blancs et présentent les lésions de la néphrite parenchymateuse.

Rate. La rate a son volume normal, mais nous trouvons à sa partie inférieure un autre kyste hydatique de la grosseur d'un œuf de dinde. Dans ce kyste, les hydatides sont en dégénérescence. On trouve les crochets séparés de leurs couronnes et le liquide du kyste contient une certaine quantité d'albumine; de plus, il est moins clair que dans les deux autres kystes. En somme, cet homme n'est mort absolument que par la rupture de son kyste, rupture ayant amené une hémorrhagie foudroyante, sans pourtant qu'aucun organe ait été lésé.

M. RENDU pense que les cas d'irruption dans le péritoine par des kystes hydatiques du foie ne sont pas très rares, mais ils ne causent pas la mort. Havage a présenté, en 1879, un cas d'hydatides généralisées du péritoine, paraissant

causées par la rupture d'un kyste du foie. Ce qu'il y a d'anormal ici, c'est l'hémorrhagie considérable qui a eu lieu dans la poche hépatique.

11. Nouveaux faits relatifs à l'étude des localisations cérébrales; par A. PITRASS, professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

J'ai eu l'occasion d'observer à Bordeaux, dans le courant de l'année qui vient de s'écouler, un certain nombre de cas de lésions cérébrales limitées. Bien que ces cas soient tous confirmatifs de la doctrine des localisations cérébrales, il m'a semblé qu'il n'était pas sans intérêt de les communiquer à la *Société anatomique*, devant laquelle ont été déjà portés de nombreux faits analogues. Le principe des localisations cérébrales n'est pas encore universellement accepté. Il ne rencontre, il est vrai, qu'un petit nombre de contradicteurs ardents, mais beaucoup de médecins ne l'accueillent qu'avec réserve, hésitation ou défiance. Il convient donc encore de multiplier les preuves et d'accumuler les faits, jusqu'à ce qu'on ait enfin constitué un dossier d'observations suffisant pour convaincre les hésitants et ramener les incrédules.

OBS. I. — *Ramollissement du lobule pariétal inférieur et des circonvolutions sphénoïdales. Absence d'hémiplégie.*

Piot, âgé de 59 ans, est entré à l'hospice des Incurables (service de M. le Dr Solles) en 1860. Il était atteint, lors de son entrée, d'une cataracte double qui fut plus tard opérée avec succès. Pendant son séjour à l'hospice, il a présenté les signes d'une atrophie musculaire progressive, mais il n'a jamais eu d'hémiplégie : il a pu marcher jusqu'à ses derniers jours. Sensibilité intacte dans les membres, des deux côtés. Mort en décembre 1878 d'une gangrène spontanée du membre inférieur droit.

L'AUTOPSIE fit découvrir une lésion ancienne du cerveau que rien, dans l'histoire clinique du malade, ne permettait de supposer. Sur l'hémisphère droit on trouva un ramollissement cortical de cinq centimètres de diamètre (1) environ,

(1) Les dessins représentant la topographie des lésions signalées dans cette observation et dans les suivantes ont été déposés dans l'album de la Société anatomique.

à fond jaunâtre, anfractueux, occupant tout le lobule pariétal inférieur depuis son pied jusqu'à l'origine des circonvolutions occipitales, et s'étendant au tiers postérieur des première et deuxième circonvolutions sphénoïdales. Le fond de la plaque ramollie était séparé de la corne sphénoïdale du ventricule latéral par une épaisseur de trois millimètres de substance blanche saine. Le reste de l'hémisphère (centre ovale, corps opto-striés, etc.) était normal. La protubérance, le bulbe, la moelle épinière ne présentaient ni asymétrie, ni bande de dégénération secondaire. Sur des coupes de la moelle, pratiquées après durcissement et examinées au microscope, les deux cordons latéraux paraissent parfaitement sains.

Obs. II. — *Abcès du lobe occipital. Absence d'hémiplégie.*

Dans le courant du mois de mars 1878, je fus appelé à remplacer M. le D^r Montalié dans son service à l'hôpital Saint-André. Parmi les malades que j'eus alors à traiter, se trouvait un phthisique qui mourut des progrès des lésions pulmonaires, sans avoir présenté aucun trouble de la motilité. La sensibilité ne fut pas explorée.

A l'AUTOPSIE, on trouva dans le lobe occipital droit un abcès du volume d'une grosse noisette, entouré d'une membrane pyogénique épaisse de deux millimètres. Cet abcès avait détruit presque toutes les fibres blanches du lobe occipital, et s'étendait jusqu'au voisinage immédiat de la corne postérieure du ventricule latéral. La moelle n'a pas été examinée.

Obs. III. — *Ramollissement de la tête du noyau caudé. Absence d'hémiplégie.*

X..., âgée de 68 ans, morte le 7 novembre 1879 à l'hospice des aliénées, dirigé par M. le D^r Lagardelle. Cette femme était entrée dans le service 23 ans auparavant, pour une manie chronique. Peu à peu, les accidents d'agitation maniaque s'étaient calmés et la malade était devenue démente. Jamais, dans tout le temps de son séjour à l'hospice, on n'observa de phénomènes paralytiques.

A l'AUTOPSIE, en outre de l'atrophie générale des circonvolutions (le cerveau entier pesait 870 grammes), nous trouvons un ramollissement jaunâtre, cellulaire, de la tête du noyau caudé du côté gauche.

Le foyer ramolli a le volume d'une petite amande. Il est absolument limité à la substance grise du noyau caudé. La

capsule interne paraît tout à fait saine : la couche optique et le noyau lenticulaire sont normaux. La moelle épinière n'a pas été examinée.

OBS. IV. — *Hémiplégie droite ancienne; aphasie; ramollissement cortical de la troisième circonvolution frontale et des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes.*

La nommée Chastres, âgée de 73 ans, admise à l'hospice des Incurables (service de M. le D^r Solles), est atteinte depuis plusieurs années d'une hémiplégie droite avec aphasie. Elle ne prononce aucune parole intelligible. Contracture secondaire prédominant dans le membre supérieur droit : les doigts sont si fortement fléchis dans la paume de la main qu'il est impossible de les redresser. La contracture est à peine appréciable dans le membre inférieur : la marche est assez facile.

AUTOPSIE, le 17 février 1879. — *Hémisphère droit, sain. Hémisphère gauche* : large plaque de ramollissement jaune occupant le pied et la face supérieure de la troisième circonvolution frontale, la moitié inférieure de la circonvolution frontale ascendante et le tiers moyen de la circonvolution pariétale ascendante. Sur les coupes méthodiques, on voit que le ramollissement s'étend assez profondément dans le centre ovale, sans atteindre cependant la capsule interne ni les corps opto-striés. Il a détruit le faisceau pediculo-frontal inférieur et les faisceaux frontaux et pariétaux moyens et inférieurs. Les faisceaux frontal supérieur et pariétal inférieur sont conservés intacts.

Le pédoncule cérébral gauche présente, à sa partie moyenne, une bande grise et déprimée de dégénération secondaire. La pyramide antérieure gauche est sensiblement plus grêle que la droite, mais on n'y remarque aucune modification de couleur ni de consistance. L'examen de la moelle, après durcissement, révèle l'existence d'une bande de sclérose secondaire du cordon latéral droit, dans la région cervicale et la partie supérieure de la région dorsale.

OBS. V. — *Hémiplégie droite; aphasie. Hémianesthésie, contracture secondaire. Ramollissement central occupant le faisceau pédiculo-frontal inférieur, le corps strié et la capsule interne du côté gauche.*

L..., marin, âgé de 43 ans, est entré à l'hôpital Saint-André (service de M. le D^r Mabit) dans le courant du mois

de juillet 1879, pour une hémiplegie droite avec aphasie, survenue brusquement en juin 1878, c'est-à-dire 13 mois auparavant.

Au moment de son entrée, on constate les phénomènes suivants : hémiplegie droite totale, contracture secondaire très marquée dans le membre supérieur droit, beaucoup moins forte dans le membre inférieur. Sensibilité très diminuée dans tout le côté paralysé, presque nulle dans le membre supérieur ; aphasie, perte de la mémoire des mots, articulation presque impossible. Hypertrophie du cœur, insuffisance mitrale. Mort par asystolie le 6 novembre 1879. (Ces renseignements cliniques m'ont été communiqués par M. le Dr Vaillard, chef de clinique de la Faculté.)

AUTOPSIE. Dure-mère saine. Infiltration séreuse assez abondante dans les mailles de la pie-mère. *Hémisphère droit* normal. *Hémisphère gauche* : les artères des méninges sont remarquablement saines. La pie-mère se sépare facilement de la substance cérébrale sous-jacente.

Aucune altération appréciable de l'écorce : la troisième circonvolution frontale, les circonvolutions ascendantes ont conservé leur volume, leur consistance et leur coloration ordinaires.

Coupes préfrontales normales.

Coupe pédiculo-frontale. A la pointe du faisceau pédiculo-frontal inférieur existe un petit foyer de ramollissement jaune diffus, à bords irréguliers, mesurant environ un centimètre de hauteur sur trois millimètres de largeur. Les faisceaux pédiculo-frontal moyen et supérieur sont épargnés, la portion du noyau caudé comprise dans la coupe est molle et presque diffuse.

Coupe frontale. Sur cette coupe on trouve un foyer unique du volume d'une grosse noisette, intéressant le tiers supérieur des noyaux du corps strié et la portion de la capsule interne comprise entre eux. Le centre ovale est sain.

Coupe pariétale. Le foyer a les dimensions d'une toute petite noisette : il siège au-dessus des noyaux striés, dans le point précis où commence l'épanouissement des fibres de la capsule interne (pied de la couronne rayonnante de Reil). — Sur la *coupe pédiculo-pariétale* il n'a plus que le volume d'un gros pois, et se trouve situé un peu en dehors des masses centrales, dans la pointe du faisceau pédiculo-pariétal inférieur. — Les *coupes occipitales* ne présentent rien d'anormal.

Sur un plan horizontal, le foyer de ramollissement dont je viens d'indiquer la topographie d'après l'examen des

coupes transversales, serait donc représenté par une cavité allongée, renflée vers sa partie moyenne et terminée en avant et en arrière par des extrémités effilées. Cette cavité commencerait, antérieurement, dans la pointe du faisceau pédiculo-frontal inférieur, elle atteindrait dans sa portion renflée le corps strié et la capsule interne, et se terminerait en arrière dans la pointe du faisceau pédiculo-pariétal inférieur, en détruisant la continuité des fibres postérieures du pied de la couronne rayonnante.

Le *cervelet* ne présente rien d'anormal. Le pédoncule cérébral gauche est plus grêle que le droit, et toute sa face inférieure est d'une coloration grise légèrement jaunâtre. Le côté gauche de la protubérance est atrophié. La pyramide antérieure gauche est plus étroite et plus aplatie que la droite, et présente une coloration grise très nette. La moelle, conservée dans des solutions étendues de bichromate d'ammoniaque, n'a pu encore être coupée pour l'examen histologique, mais on y voit déjà à l'œil nu une sclérose descendante des plus manifestes, dans toute la hauteur du cordon latéral droit.

OBS. VI. — *Monoplégie brachiale. Amélioration progressive. Ramollissement dans le faisceau pédiculo-frontal moyen.*

Caz..., âgée de 70 ans, est entrée à l'hospice des Incurables (service de M. le Dr Solles) en 1877, comme aveugle.

En juillet 1879, elle eut une pneumonie : sa convalescence fut lente, difficile : purpura cachectique ; faiblesse très grande.

Le 25 septembre au matin, elle se plaint de ne pouvoir remuer le bras gauche, et on constate en effet une parésie très notable de ce membre. Il n'y a eu ni perte de connaissance ni phénomènes convulsifs. Le lendemain, la paralysie est complète dans le membre supérieur gauche : ce membre est flaccide et complètement inerte. La motilité des autres membres est conservée intacte. Pendant les premiers jours d'octobre, l'intensité de la paralysie diminue. Le 11, on constate que le malade peut étendre volontairement la main sur l'avant-bras et fléchir l'avant-bras sur le bras ; elle peut aussi exécuter un léger mouvement de flexion des doigts. Pas de contracture. Mort le 15 octobre.

AUTOPSIE. Pleurésie diaphragmatique gauche avec fausses membranes et épanchement modéré.

Cerveau. Hémisphère gauche, normal. Hémisphère droit, écorce saine.

Coupe pédiculo-frontale. Au centre du faisceau pédiculo-frontal moyen, à deux centimètres environ au-dessous de la substance grise corticale, existe un foyer de ramollissement isolé dans la substance blanche, du volume d'une toute petite noisette, à bords déchiquetés et anfractueux. Autour de lui la substance cérébrale paraît intacte. — *Coupe frontale, saine.* — *Coupe pariétale :* lacune linéaire de un centimètre de long et de 2 millimètres de profondeur, celluleuse, à parois ocreuses, siégeant immédiatement au-dessous de la substance grise de la circonvolution crétée. Cette lésion est évidemment très ancienne. Dans le corps optostrié on trouve, çà et là, quelques petites lacunes ne dépassant pas le volume d'une tête d'épingle.

OBS. VII. — *Méningo-encéphalite tuberculeuse ; lésions de la zone motrice à droite ; hémiplegie gauche ; lésions des lobules pariétaux du côté gauche ; absence d'hémiplegie à droite.*

La nommée X... Alphonsine, âgée de 18 ans, a été portée à l'asile des aliénées (service de M. le Dr Lagardelle) le 2 septembre 1879. Elle a eu, six semaines auparavant, une attaque avec perte de connaissance suivie d'hémiplegie gauche. Transportée peu de temps après à l'hôpital Saint-André, elle y a été en proie à une agitation si bruyante qu'on a cru devoir demander son admission dans l'asile des aliénées. Quelques jours après son admission, elle est dans l'état suivant :

Hémiplegie gauche complète et totale ; contracture légère, mais cependant très appréciable, des membres paralysés. Intégrité absolue des mouvements du côté droit. Oûie, vue, odorat intacts. Sensibilité générale diminuée du côté gauche. Intelligence extrêmement affaiblie.

La malade reste inerte, hébétée, dans un état de demi-somnolence. Si on la questionne, on n'obtient que des réponses monosyllabiques. La parole est embarrassée, trainante, difficile. Amaigrissement notable. La malade est grande gâteuse. Mort le 4 novembre 1879.

Autopsie. — Les poumons sont farcis de granulations tuberculeuses et présentent à leur sommet plusieurs petites cavernes à parois caséeuses. L'épiploon, le mésentère sont également le siège de nombreuses granulations demi-transparentes.

Hémisphère gauche. La pie-mère ne paraît pas enflammée, elle se sépare sans difficultés de la substance cérébrale sous-jacente ; mais, en l'enlevant, on entraîne avec elle huit

petites tumeurs lisses, dures, arrondies, de couleur grise, adhérentes à sa face interne et présentant chacune le volume d'un petit pois. Ces tumeurs sont logées dans des dépressions à parois lisses et non ramollies, creusées dans la substance grise des circonvolutions. Elles n'adhèrent pas à la substance cérébrale, qui paraît simplement refoulée à leur niveau. Deux de ces tumeurs se trouvent dans le sillon préfrontal, cinq dans les scissures des lobes pariétaux, et une dans celles du lobe occipital.

A part les petites dépressions qui viennent d'être signalées, la surface de l'hémisphère gauche est saine partout, sauf au niveau de la portion moyenne de la scissure inter-pariétale. A ce niveau, existe un amas confluent de tumeurs tuberculeuses, formant une plaque irrégulière, de 5 centimètres de diamètre environ, qui s'enfonce dans la substance grise corticale ramollie. La lésion ne s'étend pas à plus de 3 ou 4 millimètres de profondeur. Sur les coupes méthodiques, les masses centrales et la substance blanche du centre ovale paraissent tout à fait normales.

Hémisphère droit. Sur toute la région moyenne de la face convexe, le long de la scissure de Sylvius, du sillon de Rolando et de la scissure inter-pariétale, on aperçoit sur la pie-mère des taches irrégulières, d'un blanc laiteux, de 1 à 2 millimètres de diamètre, qui deviennent confluentes au niveau du tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante, et au niveau des deux tiers supérieurs du lobule paracentral. La pie-mère, qui se sépare facilement de la substance cérébrale sur le lobe frontal et sur le lobe sphéno-occipital, est, au contraire, très adhérente dans la région des circonvolutions ascendantes, où elle entraîne avec elle de gros fragments de substance grise ramollie.

Une coupe pratiquée sur la circonvolution frontale ascendante, parallèlement au sillon de Rolando, révèle l'existence, à la base des faisceaux frontaux moyen et supérieur, de deux masses tuberculeuses indurées, d'une couleur jaune-verdâtre, d'un aspect caséeux, au-dessous desquelles les fibres blanches sont ramollies jusqu'au voisinage de l'irradiation de la capsule interne. Les masses centrales sont complètement indemnes. Des altérations presque identiques existent sur la coupe pariétale. — Les autres coupes sont normales.

Le *cervelet* est sain. Le *pédoncule cérébral* droit est un peu plus grêle que le gauche, sans teinte grise appréciable. Légère asymétrie de la protubérance, dont le côté droit est un peu plus affaissé que le gauche. Pyramides antérieures égales, sans modification de la coloration.

La moelle, examinée après durcissement sur des coupes fines colorées et montées dans le baume du Canada, par les procédés ordinaires, est le siège, dans toute sa hauteur, d'une sclérose descendante très nette, occupant les deux tiers postérieurs du cordon latéral gauche. Dans la région cervicale, le cordon de Türck, du côté droit, est également sclérosé.

RÉFLEXIONS. — Les observations qui précèdent sont toutes confirmatives de la doctrine des localisations cérébrales. Les deux premières se rapportent à des lésions du lobe sphénoïdal, du lobe pariétal et du lobe occipital, qui ne se sont traduites pendant la vie par aucun phénomène moteur. C'est la règle : *les lésions, même très étendues, siégeant en dehors de la zone motrice, ne donnent lieu à aucun trouble paralytique permanent*, et les faits de ce genre commencent à devenir assez nombreux et assez concordants pour que cette règle soit bientôt reconnue par tous.

Notre troisième observation peut servir à la solution d'une question qui est encore sujette à controverses. Le corps strié, on le sait, a longtemps été considéré comme un centre de motilité, comme un organe dont l'intégrité était indispensable à l'accomplissement régulier de la motilité volontaire. M. Ferrier accepte cette opinion : « des lésions destructives du corps strié chez l'homme, dit-il, produisent l'hémiplégie du côté opposé, la sensibilité restant intacte ». Et il ajoute : « ce fait est considéré comme l'un des mieux établis de la pathologie cérébrale humaine » (1). La physiologie expérimentale confirmerait du reste, d'après cet auteur, les données de l'observation clinique : l'excitation électrique du corps strié donnerait lieu à de violentes contractions musculaires du côté opposé du corps (2). Ces opinions reposent sur une analyse incomplète des faits. Les auteurs qui les ont émises ou acceptées n'ont pas suffisamment distingué, dans leurs expériences ou dans leurs observations cliniques, les noyaux striés proprement dits, de la capsule interne qui les sépare. La capsule interne, en effet, est extrêmement excitable (Franck et Pitres), et ses lésions destructives s'accompagnent toujours de troubles perma-

(1) Ferrier. — *Fonctions du cerveau*. Paris, 1878, p. 381.

(2) Ferrier. — *Loc. cit.*, p. 358 et 381.

nents de la motilité (Charcot, Vulpian). Les noyaux gris, au contraire, sont inexcitables (Franck et Pitres) et leurs lésions ne déterminent pas de paralysie, si elles sont rigoureusement limitées à la substance grise et n'atteignent pas, directement ou par compression, la capsule interne voisine (Charcot). Il existe déjà dans la science un bon nombre d'exemples de lésions isolées des noyaux striés sans hémiplégie. Il n'est pas douteux que ces faits se multiplieront, si on les note avec le même soin qu'on a apporté depuis quelque temps à recueillir les exemples de lésions corticales.

La quatrième observation est un de ces exemples de lésions corticales. Destruction étendue de la zone motrice et de la troisième circonvolution frontale : hémiplégie persistante et aphasie. Le rapport entre les lésions et les symptômes est tout à fait régulier.

La cinquième observation mérite une analyse un peu plus détaillée. Les principaux symptômes cliniques étaient une hémiplégie droite persistante avec hémianesthésie. Ces symptômes s'expliquaient parfaitement par la lésion étendue de la capsule interne et du pied de la couronne rayonnante. Mais le malade avait aussi présenté de l'aphasie, et la troisième circonvolution frontale gauche paraissait, extérieurement, tout à fait normale. Ce fait n'est pourtant pas en opposition avec les lois de la localisation de l'aphasie, ainsi qu'on pourrait le supposer d'après une observation superficielle. Sur des coupes méthodiques, en effet, on reconnut que le foyer principal de ramollissement, qui siégeait au niveau du tiers moyen de la capsule interne, se prolongeait en avant presque dans le faisceau pédiculo-frontal inférieur, détruisant ainsi les fibres qui mettent en communication la substance grise du pied de la troisième circonvolution frontale gauche avec les autres parties de l'encéphale. Or, je crois avoir démontré dans le cours de mes recherches sur les réactions pathologiques du centre ovale, qu'une lésion destructive du faisceau pédiculo-frontal inférieur, du côté gauche, provoque l'aphasie tout aussi sûrement qu'une lésion destructive corticale du pied de la troisième circonvolution frontale gauche. J'ajoutais même, après avoir signalé quelques cas complexes très analogues à celui qui nous occupe actuellement : « il se peut qu'une grosse lésion du lobe pariétal se termine en pointe dans ce faisceau, et si

l'on n'étudie pas avec le plus grand soin la topographie des altérations, on sera exposé à ne voir que la partie la plus grossière des lésions, et à considérer comme contradictoire un fait qui, même observé, aurait au contraire confirmé les lois de la localisation de l'aphasie » (1).

La sixième observation se rapporte à un cas de monoplégie brachiale pure, par lésion du centre ovale. Dans ce cas, comme dans celui qui a été publié par A. Frey, il existait dans le faisceau pédiculo-frontal moyen, un foyer de ramollissement limité. La concordance de la topographie des lésions dans ces deux observations a, ce me semble, une sérieuse importance.

Les faits complexes, dans lesquels il existe des lésions multiples, ne sont généralement pas favorables à l'étude des localisations cérébrales. Néanmoins, ils se présentent quelquefois avec de tels caractères de netteté, qu'on ne saurait leur refuser une certaine valeur. Tel est le cas pour notre septième observation. Si l'on veut bien la dégager des détails secondaires, on peut la résumer en deux lignes : lésion destructive de la zone motrice à droite, hémiplegie gauche, lésion destructive siégeant en dehors de la zone motrice à gauche, absence de paralysie du côté droit. De telle sorte que cette seule observation confirme les deux principes fondamentaux sur lesquels repose toute la doctrine des localisations motrices.

Avant de terminer ce travail, je désire attirer l'attention sur l'état de la moelle épinière à la suite des lésions corticales anciennes. Trois des observations qui précèdent peuvent être utilisées pour cette étude. (Obs. I, IV et VII). Dans la première, il existait un ramollissement ancien des lobes pariétal et sphénoïdal et, malgré l'étendue et l'ancienneté de cette lésion, il n'y avait aucune trace de dégénération secondaire dans la moelle. Dans l'obs. IV, un ramollissement ancien occupait la partie inférieure de la zone motrice, et la moelle présentait une large bande de dégénération secondaire dans le cordon latéral du côté opposé. Enfin, dans l'obs. VII, dans laquelle il y avait une lésion corticale grossière sur chaque hémisphère, la dégénération

(1) A. Pitres. — *Recherches sur les lésions du centre ovale des hémisphères cérébraux, étudiées au point de vue de la localisation cérébrale.* Paris, 1877, p. 93.

secondaire de la moelle n'existait que du côté opposé à l'hémisphère atteint, au niveau de la zone motrice. Ces faits concordent donc parfaitement avec ceux qui ont déjà été publiés à ce sujet : ils tendent tous à démontrer que les dégénérations secondaires de la moelle ne se produisent à la suite des lésions corticales du cerveau, que lorsque ces lésions siègent dans la zone motrice.

12. M. DUPLAIX présente une *tumeur du corps thyroïde* enlevée sur un homme de 37 ans. Il paraît s'agir d'un néoplasme.

13. M. BARIÉ montre un *cancer primitif du rein gauche*, ayant donné lieu à des douleurs rachidiennes persistantes du côté droit.

14. M. DESNOS présente un *cancer des voies biliaires* paraissant consécutif à un cancer du pancréas.

M. JEAN a vu l'an dernier, dans le service de M. le professeur Hardy, un cancer primitif de la tête du pancréas ; le canal cholédoque était considérablement dilaté.

15. Modification au règlement.

La Société adopte la modification suivante à l'article 24 du règlement :

ART. 24. — Tout candidat au titre de membre adjoint doit adresser à la Société une demande signée de trois membres et la remettre au président. *Il est tenu à exposer sur sa lettre de candidature la liste de ses présentations et communications, avec les observations qui s'y rapportent.*

Le président désigne une Commission de trois membres pour présenter un rapport sur les travaux du candidat.

Séance du 20 février 1880.

PRÉSIDENTE DE M. RENDU.

16. Fracture du crâne comminutive et compliquée de plaie.
— **Enfoncement considérable du frontal.** — **Extraction de six esquilles.** — **Fracture du bras.** — **Fracture de côtes.**
— **Albuminurie transitoire;** — **Guérison;** par A. Mossé, interne des hôpitaux.

Bit*** Joseph, mécanicien, 46 ans, entre le 10 mars, 1879, salle Saint-Ferdinand, n° 29, service de M. DUPLAY. Ouvrier à la gare de l'Est, d'où on l'a transporté à Lariboisière immédiatement après l'accident, B*** a été renversé, ce matin, sur la voie, par une locomotive. Le choc paraît avoir porté directement sur le côté gauche du malade, et avoir déterminé la chute la face en avant, bien qu'il soit difficile d'affirmer cette particularité, à cause des réponses un peu confuses du malade.

A la visite du soir, cinq heures environ après la production du traumatisme, nous constatons les lésions suivantes. 1° Fracture comminutive du frontal avec plaie et enfoncement. Plaie assez régulière, transversalement dirigée, occupe à peu près le milieu de la région frontale; elle est un peu plus rapprochée cependant des arcades orbitaires que du haut du front, et s'étend plus à droite qu'à gauche de la ligne médiane. Son étendue est de 10 cent. dans le sens transversal. L'écartement des lèvres de la plaie augmente régulièrement à partir des angles qui la terminent, et mesure 4 cent. vers la ligne médiane, où il atteint son maximum et laisse voir au fond le frontal, perpendiculairement enfoncé. A ce niveau, la profondeur de la plaie atteint près de 3 centimètres. Ecchymose conjonctivale mais sans gonflement de la paupière, à droite. Pas d'ecchymose conjonctivale à gauche. Petites plaies contuses (derme excorié) dans la partie gauche du front. Pas de paralysies oculaires ni de troubles de la vision. 2° Fracture du bras gauche: l'interne de garde a placé une gouttière, comme premier appareil, que nous ne touchons pas, à cause de l'état de gravité du blessé. 3° Fracture de la 2° et très probablement de la 3° côte droites.

Le malade, aussitôt après l'accident, a craché du sang en quantité notable; l'hémorrhagie est maintenant arrêtée. Le pavillon de l'oreille est souillé par du sang, qui a

coulé de la plaie frontale, le conduit auditif n'est pas coloré par ce liquide, il n'y a pas eu d'écoulement de sang par l'oreille. Pas d'état de choc traumatique. — Pas de phénomènes nerveux. Pas de paralysie du mouvement ni de la sensibilité dans toutes les parties que nous pouvons explorer (le membre supérieur gauche est dans une gouttière). Pas de contracture : T. 38°6 :

Après avoir nettoyé la plaie, on la recouvre d'une simple gaze phéniquée, puis d'un taffetas ciré. Bandage de corps. — 10 cent. extrait thébaïque; une injection de morphine. Potion de Todd.

11 mars. Même état local et général. — Le pouls est celui de la commotion cérébrale. Même traitement. T. M. 37,8. T. S. 38,6.

12 mars. Nuit bonne. Sans agitation. Pas de contracture, pas de paralysie, pas de délire. Tuméfaction de la paupière droite assez considérable: l'ecchymose augmente d'étendue: le gonflement est beaucoup moins marqué à gauche. Les bords de la plaie frontale commencent à suppurer. Soif vive: Fièvre traumatique peu marquée. T. M. 37°,2. S. 38°,5. — Pouls 96. Mêmes caractères. Même traitement.

13 mars. L'état général continue à être satisfaisant, il n'est survenu aucun trouble nerveux. Soif toujours grande. Les bords de la paupière gauche ainsi que la région sous-orbitaire correspondante sont très tuméfiés. La rougeur qui y est apparue dans la journée d'hier augmente d'intensité et prend le caractère érysipélateux.

La plaie frontale communiquant, au niveau des os propres du nez et de l'ethmoïde, avec l'intérieur des fosses nasales, le malade rejette encore par l'expectoration des mucosités purulentes et une petite quantité de sang qui paraissent, ainsi que celles qui s'écoulent par les narines, provenir surtout de la plaie. On ne peut encore ausculter le malade pour l'ausculter. Urines peu abondantes: traitées par l'acide nitrique et la chaleur donnent un précipité très abondant qui se dissout en partie par l'addition d'acide acétique. Elles ne contiennent pas de sucre. T.M. 37°, 8. P. 81. T. S. 38°. P. 84.

14 mars. Pas de phénomènes de méningo-encéphalite; la température et le pouls subissent une légère diminution; à part cette légère modification, l'état demeure le même; ni grande dépression, ni excitation. Urines, mêmes caractères qu'hier. T. M. 36°,8. P. 68. T. S. 37°.

15 mars. Hier; dans la soirée, légère excitation, le malade se croyait perdu. La nuit a été assez calme. La fièvre n'augmente pas; nous sommes au 6^e jour, et il semble que

le pronostic devient moins grave qu'il n'était au moment de l'entrée du malade. Urines des 24 heures 1200 gr., jumentes.

Etat local. Douleur au niveau de la fracture. L'ecchymose occupe maintenant tout l'œil droit, la rougeur érysipélateuse ne s'est pas étendue au delà des limites indiquées, mais il semble aujourd'hui qu'on doive craindre un phlegmon de l'œil. T. M. 37°,4. P. 75. T. S. 38°. P. 90. Même traitement.

16 mars. Pas de changements. T. M. 37°. P. 72. S. 37°,8. P. 80.

17 mars. L'état demeure sensiblement le même; on augmente la dose de morphine. T. M. 37°,5. P. 66. T. S. 37°,7. P. 80.

18 mars. Les phénomènes locaux paraissent s'améliorer. T. M. 37°,4. P. 58. T. S. 37°,4. P. 80.

19 mars. La plaie suppure; prend un assez bon aspect: Les esquilles sont devenues dès maintenant assez mobiles pour qu'il soit possible d'en retirer quatre, de grosseur inégale. Leur extraction a lieu sans déterminer une trop vive souffrance, et sans faire saigner les bourgeons charnus qui commencent à se montrer. Même traitement. T. M. 37°,9. P. 72. T. S. 37°,9. P. 78.

21 mars. On retire une 5^e esquille assez volumineuse.

22 mars. L'état général et l'état local continuent à être satisfaisants. L'œil droit menacé d'un phlegmon, il y a peu de jours, est moins enflammé: l'injection des vaisseaux est beaucoup moins vive, le malade y voit assez distinctement.

Jusqu'à aujourd'hui, bien que la gouttière placée comme premier appareil ne pût suffire à remplir toutes les indications, M. Duplay, vu l'état de gravité du malade, qui contre-indiquait les mouvements, l'avait laissée en place; l'amélioration qui s'est produite permet aujourd'hui de la retirer et d'examiner l'état des parties: On constate qu'il existe une fracture au 1/3 supérieur, avec un déplacement assez considérable. Bit*** étant assis sur le lit, on opère la réduction sans de trop grandes difficultés. Le bras est ramené contre le tronc, et la réduction des fragments étant maintenue par deux attelles et des coussins, on fixe le membre au moyen d'un bandage de Desault.

25 mars. La plaie bourgeonne bien, ses extrémités commencent à se réunir et son étendue, suivant le diamètre transversal, commence déjà à diminuer; l'on voit à la partie supérieure et externe une sorte de diverticulum à surface rouge et bourgeonnante, qui ne paraît être autre chose que le sinus frontal; la paroi osseuse qui le limite en avant

est recouverte par des bourgeons charnus et par les téguments; aussi M. Duplay, après avoir constaté qu'elle est encore maintenue assez solidement malgré sa mobilité, pense ne pas devoir essayer de l'enlever. Le fond de la plaie est formé, comme nous l'avons dit, par la partie du frontal directement et profondément enfoncée en arrière.

30 mars. La partie de l'os frontal enfoncée qui forme le fond de la plaie; et dont la couleur blanche tranche avec la couleur gris-rosée des bourgeons charnus qui en forment les bords, présente en son milieu un petit bourgeon charnu qui commence à se développer.

3 avril. La cicatrisation fait des progrès rapides : la plaie se rétrécit de plus en plus; au fond, la surface de l'os frontal est envahie par les bourgeons charnus; l'envahissement se fait : 1° de la périphérie vers le centre, par les bords de la plaie; 2° du centre vers la périphérie par l'augmentation en étendue du bourgeon central, qui divise maintenant le fond de la plaie en deux parties blanches bordées de rouge. L'œil droit, longtemps menacé de phlegmon, peut être considéré comme guéri : la vision est distincte et les paupières, continuellement fermées, peuvent maintenant s'écarter spontanément et permettent de bien voir le globe oculaire. En promenant le doigt au niveau de l'arcade orbitaire, on sent une solution de continuité très nette à la partie supérieure et interne. Depuis quelque temps déjà, le malade, qui a très bon appétit et se sent beaucoup mieux, demande chaque jour à se lever.

12 avril. L'état général, ainsi que l'état local, continue à être très satisfaisant; le malade se lève depuis quelques jours et reste maintenant levé presque toute la journée. La plaie, dans son plus grand diamètre, n'a plus que 7 centimètres et n'offre de profondeur que 5 centimètres d'étendue; la partie osseuse profonde est presque entièrement recouverte par les bourgeons; la couleur blanche ne s'aperçoit plus à droite du bourgeon central primitif que sur un petit espace triangulaire, et à gauche de celui-ci, la surface d'os encore laissée à nu ne dépasse pas le volume d'une grosse tête d'épingle. Le sinus frontal est rempli par des bourgeons qui combler sa cavité.

18 avril. La face profonde de la plaie offre maintenant une coloration rouge-rosée générale; on ne voit plus l'os en aucun point; une petite lamelle osseuse a été enlevée pendant les pansements.

23 avril. État local très satisfaisant. Extraction d'une sixième petite esquille. On retire l'appareil placé pour la fracture du bras; la consolidation est complète, le cal

encore un peu volumineux (44^e jour). Echarpe de Mayor.

28 avril. On enlève l'écharpe; les mouvements du bras sont libres, n'entraînent aucune douleur. L'état de cicatrisation fait chaque jour des progrès.

18 mai. Le malade quitte l'hôpital. Bien qu'il reste encore une petite surface de la plaie bourgeonnante et non entièrement cicatrisée, la guérison peut être considérée comme définitive. L'enfoncement du frontal, maintenant recouvert par la peau, a laissé une dépression visible à distance, mais la déformation qui en résulte est moindre qu'on ne devait s'y attendre.

RÉFLEXIONS. — L'observation qui précède offre un réel intérêt à plusieurs points de vue : elle constitue d'abord un cas de guérison assurément peu fréquent, car le sujet avait non seulement une fracture du crâne avec enfoncement considérable, compliquée d'une large plaie, mais encore une fracture du bras et des fractures multiples de côtes. Aussi, le malade dont nous venons de retracer l'histoire pathologique a-t-il été présenté, après sa guérison, par M. Duplay, à la Société de Chirurgie.

Relativement au traumatisme qui a porté sur la tête, il est bien digne de remarque, qu'avec un enfoncement du frontal tel que celui dont nous avons donné plus haut la dimension et qui paraît, malgré l'existence des sinus frontaux en ce point, devoir suffire à entraîner une notable compression du cerveau, il n'y a eu, à aucun moment, ni délire, ni agitation, ni paralysie de la motilité ou de la sensibilité, ni contractures. Au début, cependant, nous avons noté l'existence d'une albuminurie transitoire, qui ne s'est jamais accompagnée de glycosurie et qui avait disparu depuis longtemps, au moment où le malade quitta les salles. Pour se rendre compte de la violence du traumatisme qui a porté sur le crâne et du délabrement consécutif, il suffit d'examiner la plus volumineuse des esquilles extraites par M. Duplay, et que je place sous les yeux de la Société. On y aperçoit nettement les éminences mamillaires de l'étage supérieur de la base du crâne, dans la région correspondant à la voûte de l'orbite. Cependant, il faut noter, en terminant, un fait qui a son importance : si l'intelligence du malade est restée saine et si la parole n'a pas été troublée, il est survenu un changement dans le caractère du malade. Bit..., qui d'après les renseignements fournis par sa famille,

était d'un caractère doux et patient avant l'accident, est devenu impatient, brusque et facilement irascible.

Depuis sa sortie de l'hôpital, Bit... n'a éprouvé aucun nouvel accident, mais n'a repris son travail qu'après un assez long repos.

17. Fièvres intermittentes anciennes. — Congestion pulmonaire. — Accès intermittents, d'abord à type tierce, puis quotidien, subintrants; fièvre hectique; gangrène de la bouche. — Mort. — Autopsie. — Splénite chronique; bronchopneumonie; par M. le D^r RENDU.

Auguste Aubé, 26 ans, entré salle Gérando, n° 4, à l'hôpital Tenon, le 10 janvier 1880.

Ce malade est amené à l'hôpital le 10 janvier, atteint d'une affection aiguë de la poitrine qu'il a contractée depuis quelques jours, au moment des grands froids de la fin de décembre. Il a été pris, il y a quinze jours environ, de malaise, de courbature, de frissons et d'un appareil fébrile qui s'est bientôt compliqué d'un point de côté à gauche, et d'une dyspnée assez considérable. C'est dans ces conditions qu'il se fait transporter à l'hôpital.

C'est un homme de moyenne taille, bien constitué, ne présentant aucun antécédent diathésique de scrofule, de tuberculose ou de syphilis. La seule maladie dont il ait été atteint c'est l'impaludisme. Soldat en Afrique pendant plusieurs années, il y contracta des fièvres intermittentes graves qui durèrent une dizaine de mois et se compliquèrent même, d'après ce qu'il dit, d'accidents pernicieux. A plusieurs reprises, il absorba de très fortes doses de sulfate de quinine, et, de guerre lasse, on dut l'évacuer sur le continent, un peu avant l'expiration de son service. Il était de retour à Paris, seulement, depuis le mois de juillet 1879.

Les fièvres palustres dont il a été atteint ont laissé leur empreinte sur ce malade : il a le teint bistré et terreux, la face pâle, un peu plombée, et se présente dans un état d'anémie manifeste. Mais c'est surtout vers l'appareil respiratoire que l'attention se trouve attirée : il a la respiration haute et fréquente, le pouls rapide, la température élevée. Les signes physiques constatés lors de son entrée sont les suivants. Matité dans le tiers inférieur du poumon gauche, diminution du murmure vésiculaire et des vibrations thoraciques en ce point, mais persistance des bruits d'auscultation, qui offrent seulement un timbre voilé : quelques râles sibilants disséminés. Les crachats sont visqueux, non aérés, légèrement striés de sang. On diagnostique une congestion

du parenchyme pulmonaire et une légère bronchite concomitante. (Prescription : 8 ventouses scarifiées ; potion morphinée avec 20 centig. de kermès.)

Les jours suivants, sous l'influence de l'émission sanguine, le point de côté a presque disparu, et la respiration est plus libre : au lieu d'un souffle doux, voilé, qui était perceptible le 12 janvier, il n'y a plus que des râles sibilants et bulleux : le malade se trouve soulagé : cependant le thermomètre continue à indiquer des températures élevées, surtout le soir, et le pouls reste très fréquent entre 120 à 130 pulsations.

Du 13 janvier au 23, l'état reste le même : le tracé thermique montre, pendant cette période, cinq ascensions manifestes de la température, qui s'élève à 39°,6 et 40° le 13, le 16, le 18, le 21, le 23. Il y a donc une certaine tendance au retour d'accès périodiques, à type tierce, mais sans régularité bien nette. Il est vrai de dire que, dès le 14 janvier, en raison des fièvres intermittentes anciennes dont ce malade avait été atteint, le sulfate de quinine avait été donné à la dose de 50 à 60 centigrammes, puis progressivement jusqu'à 1 gramme, quatre heures environ avant la période d'état de l'accès fébrile. D'ailleurs, à l'inverse de vrais accès périodiques, il n'y a pas d'intervalles d'apyrexie complète : le thermomètre marque toujours au minimum 38°, c'est donc une fièvre rémittente à allures irrégulières. Néanmoins, tout en admettant la possibilité d'une fièvre symptomatique, deux signes physiques militent en faveur de l'idée de l'intoxication palustre ; ce sont la tuméfaction considérable du foie et celle de la rate : le foie mesure plus de 15 centimètres de matité verticale, et la rate donne une matité de 16 à 18 centimètres.

Pendant toute cette période, les phénomènes thoraciques, au lieu de s'atténuer, persistent en présentant des caractères très variables. La matité a disparu à gauche, mais des râles humides et secs se font entendre maintenant dans les deux côtés de la poitrine, aussi bien au sommet qu'à la base. Sous l'influence de la fièvre et des sueurs qui suivent chaque accès, le malade s'affaiblit et son appétit se perd : la face devient de plus en plus bouffie et plombée, bref, on a le tableau de la fièvre hectique.

Quelques modifications sont apportées au traitement pendant cette période. Le sulfate de quinine fatiguant l'estomac, on lui substitue la poudre de quinquina à la dose de 4 grammes d'abord, puis de 6 et 8 grammes ; pour faire baisser la température, on emploie les lotions vinaigrées froides deux fois par jour, le tout inutilement. Il en est de

même des préparations de ratanhia et de digitale, qui sont essayées dans le même but. L'inefficacité de toutes ces médications me fait supposer que nous sommes en face d'une phthisie aiguë granuleuse, compliquée d'un élément palustre antérieur (lequel se traduit par la prédominance des accès fébriles le matin, dans la deuxième partie de la nuit).

Le 28 janvier, le malade se plaint de nouveau d'un point de côté à gauche, et il semble, à l'examen de la poitrine, qu'il s'est fait un léger épanchement à la base de la plèvre (matité, souffle voilé, voix légèrement criarde, sans égophonie vraie). Un vésicatoire, appliqué sur le point douloureux, soulage le malade, sans modifier l'état général.

A ce moment se place le début d'une complication qui, par ses progrès, est devenue la cause immédiate de la mort du sujet. Le matin du 29 janvier, le malade se plaint d'une vive douleur à la mâchoire, vers les dernières molaires supérieures : on y constate de la gingivite ulcéreuse. Les jours suivants, apparaît un gonflement œdémateux de la joue, empiétant jusqu'à la paupière inférieure qui présente un notable degré de chémosis. En même temps, une sécrétion fétide, ichoreuse, se produit au niveau des dernières molaires et donne lieu à une haleine d'une odeur gangréneuse.

Dès les premiers jours de février, il est facile de voir que l'on a affaire à une stomatite gangréneuse, ayant donné lieu à une nécrose partielle du maxillaire. Malgré les gargarismes phéniqués, les attouchements au perchlorure de fer, les badigeonnages avec du jus de citron, le mal progresse, l'œdème s'étend, et une teinte livide gagne les téguments des joues. En même temps l'état général s'aggrave, l'appétit est nul : de la diarrhée survient, et le malade meurt dans le marasme le 17 février. Dans les dernier jours de la vie, la température, tout en restant fort irrégulière, s'était abaissée et, quelques heures avant la mort, elle n'était plus que de 37°,4.

AUTOPSIE le 19 février. — Les *poumons* ne sont pas infiltrés de tubercules miliaires, comme on l'avait supposé, et ils ne présentent absolument aucune trace de granulations tuberculeuses. Mais ils offrent toutes les lésions de la bronchopneumonie. Sur un fond de tissu emphysémateux se détachent des îlots lobulaires et pseudo-lobaires d'atélectasie, qui tranchent par leur teinte violacée sur la couleur pâle du parenchyme simplement congestionné. Ces îlots de bronchopneumonie occupent de préférence le bord postérieur du poumon gauche, la partie postérieure du lobe inférieur, et la languette antérieure de ce même poumon. A la coupe, tout le tissu de l'organe est spumeux, sauf les points

atteints d'emphysème : les régions hépatisées sont au contraire denses et on voit sourdre du pus des bronchioles dilatées. Mêmes lésions, moins accentuées, du côté droit : aucun épanchement pleurétique ; mais quelques adhérences du lobe inférieur pulmonaire gauche.

Cette apparence rappelle complètement celle des lésions pulmonaires consécutives à la coqueluche chez les jeunes enfants. Ces îlots de bronchopneumonie ne sont pas la conséquence d'une altération du cœur, car, sauf des caillots fibrineux formés vraisemblablement pendant l'agonie et occupant les cavités ventriculaires, cet organe était absolument sain.

Les lésions les plus importants existent au niveau du foie et de la rate.

Le foie est très volumineux : il pèse 2750 grammes ; il est d'un jaune ocreux pâle et renferme peu de sang : à la coupe il offre un éclat gras qui indique un certain degré de stéatose. Examiné à l'œil nu, il montre une structure lobulée des plus reconnaissables : chaque lobule est manifestement beaucoup plus gros qu'à l'état normal : plusieurs atteignent et même dépassent 1 millimètre de diamètre. La veine centrale intralobulaire est dilatée et d'un calibre double du calibre normal : autour d'elle la substance hépatique est colorée en rouge ocreux : le tissu conjonctif intralobulaire se voit à l'œil nu, sous forme d'une bandelette grisâtre entourant le lobule. En un mot, ces altérations indiquent une hypertrophie générale de l'organe avec hyperplasie vraie des lobules : la dilatation des veines semble en rapport avec un état congestif habituel. Pourtant, il faut noter que la capsule de Glisson n'était pas plus épaisse que de coutume ni rattachée aux autres viscères par des adhérences.

La rate est encore plus altérée que le foie. Elle est énorme et pèse 1320 grammes. Elle est de couleur brune lie de vin, et présente une consistance assez dure. Sur sa face externe et postérieure se voient deux ou trois larges plaques blanchâtres, qui ne sont pas dues à des dépôts péricapulaires ni à de l'épaississement de la capsule de Glisson, mais qui sont le résultat de modifications se passant dans le tissu de la rate elle-même. En coupant le parenchyme de la glande, en effet, on voit que cette masse, d'un blanc jaunâtre, d'apparence fibrineuse, pénètre dans le tissu splénique sur une épaisseur de 2 à 4 centimètres. Cette lésion, au premier abord, ressemble complètement à des infarctus en voie de régression, mais elle en diffère, croyons-nous, par plusieurs caractères. Elle est uniformément disposée en nappe, et n'a

pas l'aspect cunéiforme des vrais infarctus. Elle se termine dans le parenchyme splénique par une ligne festonnée et crénelée, au lieu de la forme triangulaire classique des infarctus : enfin, elle n'est pas en rapport avec des branches oblitérées de l'artère splénique. Pour toutes ces raisons, nous pensons qu'il s'agit là de lésions inflammatoires, d'exsudats fibrineux et lencocytiques déposés dans le tissu de la rate, d'une véritable splénite chronique en un mot. Des marbrures analogues ont, en effet, été signalées plusieurs fois chez des individus atteints d'inflammations anciennes de la rate. Peut-être est-ce à la formation de ces exsudats intraspléniques qu'il faut attribuer les douleurs de côté qui, à plusieurs reprises, ont été relevées dans l'observation clinique du malade.

Les reins n'offrent rien à signaler : ils sont pâles, un peu exsangues, peut-être un peu gras, mais ne présentent aucune trace de néphrite ni d'infarctus.

La gangrène de la bouche, comme nous l'avions supposé, reconnaissait pour point de départ une altération du périoste du maxillaire supérieur, au voisinage des dernières dents molaires. Celles-ci étaient déchaussées à nu, au milieu d'un putrilage noirâtre. La gangrène avait son maximum au niveau du muscle ptérygoidien interne qui était réduit en bouillie ; elle avait fusé de là jusqu'au voisinage de l'excavation amygdalienne, en suivant le trajet du péri-staphylin interne. La joue commençait à être atteinte, ainsi que la muqueuse buccale, au niveau de sa réflexion sur la gencive.

Ce fait nous a paru important à signaler, au point de vue clinique et anatomique, parce qu'il jette un certain jour sur les lésions des fièvres intermittentes graves. L'altération de la rate et celle du foie relevaient manifestement de cette influence. Nous croyons même que les lésions de broncho-pneumonie étaient imputables à la même cause, et qu'il s'est peut-être agi, dans ce cas, d'une de ces affections pulmonaires d'origine palustre dont M. Grasset a retracé l'histoire.

M. RENDU. On signale assez rarement les infarctus et les abcès de la rate dans les lésions dues à l'impaludisme chronique. Dans les infarctus, on rencontre de véritables caillots dans les artères spléniques ; dans les abcès, on trouve une sorte de bouillie rougeâtre purulente dans la rate. Ici, il s'agit d'une lésion pour ainsi dire intermédiaire aux abcès et aux infarctus.

18. Cystite purulente ammoniacale. — Autopsie. — Existence d'une épaisse valvule au niveau de la partie postérieure du trigone vésical et d'une large cellule vésicale en arrière de la valvule, par M. Louis DUBAR, interne des hôpitaux.

Lavier Victor, âgé de 42 ans, journalier, se trouve à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Vierge, n° 44, depuis le 20 novembre 1879, pour une cystite muco-purulente, que l'on regarde comme consécutive à un rétrécissement uréthral. — En effet, l'exploration du canal de l'urètre révèle un premier rétrécissement peu serré en arrière d'un hypospadias, puis un second rétrécissement plus profond à 12 centimètres $1/2$ du méat, admettant la sonde n° 16 de la filière Charrière. — Depuis son entrée à l'hôpital, le malade a été soumis à un traitement rationnel : Capsules de térébenthine d'abord, puis acide benzoïque à l'intérieur, de manière à modifier l'état de la muqueuse vésicale; d'autre part, passage de sondes de façon à dilater progressivement ses rétrécissements. — Tout cela sans résultat. — Le 26 décembre, au moment de la visite, le malade est pris subitement d'une envie d'uriner. — Il rend en un seul jet une quantité de pus que l'on peut évaluer à 35 grammes. — Ce pus, très fétide, n'était mélangé qu'à une quantité minime d'urine. On pensa alors à la possibilité d'un abcès extra-vésical ouvert dans la vessie. Nous verrons tout à l'heure la véritable signification qu'il faut donner à ce phénomène, dont nous avons été témoin une fois, mais qui, au dire du malade, se reproduisait de temps en temps.

Cependant, à partir du commencement de janvier 1880, l'état du malade s'aggrave de jour en jour. Il est pâle, très amaigri, mange à peine. Chaque soir, il a un accès de fièvre, pendant lequel sa température axillaire marque de 39° , à 40° . L'examen attentif de la poitrine ne peut pas nous permettre de rattacher ces symptômes généraux à un état tuberculeux des poumons.

La ténacité des symptômes vésicaux, l'état purulent des urines que rien ne peut modifier, le peu d'importance relative de deux rétrécissements de l'urètre, joint aux symptômes généraux, nous font songer à la possibilité d'une tuberculisation des organes urinaires, bien que nous ne trouvions rien ni du côté de la prostate, ni du côté du testicule.

L'hecticité fait des progrès rapides. L'urine toujours purulente devient ammoniacale à la sortie de l'urètre. — La fièvre est vive; l'appétit nul. La mort arrive le 13 février.

AUTOPSIE. — Les organes génitaux urinaires sont enlevés d'une seule pièce. — La verge est fendue longitudinalement

du côté de sa face dorsale, ce qui permet d'étudier l'urèthre. — L'incision est prolongée sur la face antérieure de la vessie jusqu'à son bas-fond. Nous constatons immédiatement, en arrière de l'hypospadias, un premier rétrécissement peu serré, nous en trouvons un second plus étroit dans la portion membraneuse de l'urèthre. Dans ces deux points, la muqueuse uréthrale est plus épaisse, moins extensible que dans les autres parties du canal.

La vessie, à première vue, paraît divisée en deux loges incomplètes par une sorte de repli ou valvule. — La loge située en avant et au-dessus de la valvule est vaste, spacieuse, et est formée par la plus grande partie de la cavité vésicale. — La 2^e loge, située en arrière et en contre-bas de la valvule, est au contraire petite, et pourrait contenir une grosse châtaigne. Les deux loges communiquent l'une avec l'autre au niveau du bord libre de la valvule par un orifice qui a 2 centimètres $1/2$ de diamètre.

Étudions maintenant la valvule, qui établit une ligne de démarcation bien tranchée entre les deux cavités que nous venons de signaler. — Comme siège, elle n'a aucun rapport avec les valvules du col, dites de Mercier. — Elle est située en effet à 3 centimètres $1/2$ du verumontanum et à 1 centimètre $1/2$ en arrière du bord postérieur du col vésical. Elle a la forme d'un croissant dirigé transversalement, à concavité regardant en haut, du côté de la deuxième loge. La partie centrale du croissant n'a pas moins d'un centimètre d'épaisseur; les extrémités moins volumineuses, vont en s'effilant. — Les uretères se comportent vis à vis de cette valvule d'une manière bien différente à droite et à gauche. L'uretère droit chemine dans l'épaisseur de la corne droite du croissant et vient s'ouvrir sur sa face convexe, c'est-à-dire que l'urine venant du rein droit tombait fatalement dans la première loge ou vessie proprement dite. — L'uretère gauche, après avoir cheminé dans la corne gauche du croissant valvulaire, vient s'ouvrir sur la face concave de la valvule, du côté de la 2^e loge, en sorte que l'urine provenant du rein gauche tombait dans la vessie secondaire et dans la situation couchée, elle devait forcément stagner.

Ce n'est pas tout. — En examinant avec soin la 2^e loge ou vessie secondaire, on trouve en arrière de la corne gauche de la valvule un orifice admettant le doigt indicateur. Cet orifice conduit dans une ampoule profonde du volume d'un gros œuf de poule, qui repose dans la plus grande partie de son étendue sur la vésicule séminale gauche. — En bas, elle s'étend jusqu'à la prostate; en haut, elle remonte jusqu'à $1/2$ centimètre du cul de sac péritonéal vésico-rec-

tal. — L'uretère gauche chemine dans une étendue de deux centimètres dans l'épaisseur de sa paroi latérale gauche, il est contigu à l'orifice de communication avec la vessie secondaire. Cette cavité est remplie d'un liquide urinaire et purulent. — En résumé, la vessie de notre malade se trouvait constituée par trois cavités, la seconde servant d'intermédiaire entre la première et la troisième. — L'urine du rein droit alimentait directement la première cavité. L'urine provenant de l'uretère gauche tombait dans la deuxième et la troisième cavité. Là, cette urine pouvait rester, jusqu'à ce qu'un mouvement brusque du malade, un changement de position, en évacuât une quantité plus ou moins considérable. — Le pus rendu par lui un matin n'avait pas d'autre provenance.

Il nous reste à signaler l'état des voies urinaires supérieures bien différent à droite et à gauche.

L'uretère gauche a le volume du petit doigt. Il est 8 à 10 fois plus volumineux que l'uretère droit. — Les calices et le bassinnet du côté gauche sont également très dilatés. Le rein lui-même est beaucoup plus congestionné que le droit. Nous nous sommes demandé si les rapports de l'uretère gauche avec la troisième poche, ne pouvaient pas nous expliquer cet état anatomique. — Distendue par l'urine et le pus, cette arrière-cavité devait fatalement comprimer l'uretère gauche, que nous avons vu compris dans l'étendue de deux centimètres dans la paroi même de la poche.

L'histologie des parois vésicales nous a montré.

1° Que la valvule était formée par la muqueuse doublée d'une couche épaisse de fibres musculaires;

2° Que la troisième poche ou arrière-cavité n'était qu'une cellule vésicale, et non une cavité d'abcès ayant communiqué à un moment donné avec la vessie. En effet, des coupes pratiquées sur la partie la plus reculée (la plus éloignée de l'orifice de communication) de la troisième poche nous ont fait voir. a) Une couche épithéliale nettement conservée par places. b) Un chorion muqueux mince, formé surtout par des faisceaux de tissu conjonctif et du vaisseau. c) Une couche peu épaisse des faisceaux de fibres musculaires séparées les uns des autres par des faisceaux épais de fibres conjonctives;

3° Enfin, les parois des première et deuxième loges épaissies ont subi une sorte de sclérose. Les faisceaux musculaires sont presque partout séparés par d'épais faisceaux de fibres conjonctives; dans quelques points, ce sont des corps fibro-plastiques, qui séparent les unes des autres les différentes fibres d'un même faisceau musculaire.

Nous n'avons trouvé de tubercules en aucun point de l'organisme.

M. HOUEL. Il s'agit dans ce cas d'une *hernie tuniquaire* de Cruveilhier. Ces poches diverticulaires ont un lieu d'élection ; M. Cruveilhier a montré qu'elles se forment toujours en deux points : soit au niveau de l'ouraque, soit au niveau de la partie postérieure du trigone vésical. C'est également dans ces régions qu'ont lieu les ruptures vésicales. Il existe ordinairement, dans le cas de poche diverticulaire vésicale, une sorte de valve qui a été décrite par Mercier.

19. Rein unique ; par R. DURAND-FARDEL, interne provisoire.

La pièce présentée provient d'un malade mort de la variole dans le service de M. RAYMOND, à l'Hôtel-Dieu.

Les deux reins sont fusionnés sur la ligne médiane, au niveau de la quatrième vertèbre lombaire, dont le corps est recouvert par l'isthme de réunion. La fusion a lieu, comme c'est le cas le plus ordinaire, par la partie inférieure des deux reins, de telle sorte que ces organes forment un croissant dont la concavité, tournée en haut, embrasse la colonne vertébrale. Ce n'est donc qu'un cas de plus ajouté à ceux qui ont été mentionnés dans les livres classiques.

Mais il est, ici, un point spécial qui sort de la règle ; celle-ci veut, en effet, que dans les cas d'ectopie congénitale des reins, les artères rénales prennent naissance de l'aorte, au point le plus rapproché du hile de l'organe.

Or, ici, on voit bien l'artère rénale droite naître, en effet, à 4 centimètres au-dessus de la bifurcation de l'aorte, au-dessous de la mésentérique inférieure.

Mais l'artère rénale gauche, au contraire, prend naissance bien plus haut, immédiatement au-dessous de la mésentérique supérieure, c'est-à-dire à peu près à son point d'émergence normale, comme si le rein gauche était en ectopie accidentelle.

Enfin, mentionnons que l'on voit se détacher de l'origine de chacune des iliaques primitives, une petite artère qui se rend dans la partie inférieure de chaque rein et va se perdre dans la substance médullaire.

20. Variole hémorrhagique, par R. DURAND-FARDEL, interne provisoire.

Le nommé Hubert (Ulysse), 32 ans, menuisier, vacciné dans son enfance, entre le 8 février 1880 dans le service de

M. le Dr RAYMOND, salle Saint-Bernard, Hôtel-Dieu annexe.

Ce malade est au sixième jour d'une variole dont l'invasion a été caractérisée par une fièvre intense, avec délire et mictions fréquentes.

8 février. L'éruption, qui a débuté le 7 février, est plus abondante, mais la face est marbrée de taches livides et le corps est couvert de macules ecchymotiques.

9 février. Dans la nuit se sont manifestées plusieurs hémorrhagies assez abondantes : hémoptysie, hématurie, épistaxis. Le matin, la dyspnée est extrême. Les conjonctives palpébrales, soulevées par un dépôt sanguin, forment un bourrelet saillant, rouge, volumineux, et laissent suinter du sang. Le malade meurt dans la nuit.

AUTOPSIE. — Les poumons sont congestionnés, les bronches remplies de sang. Le cœur normal. Le foie, volumineux, est gras. Encéphale et méninges sans lésions. Le rein droit est volumineux et déformé ; lorsqu'on veut le saisir pour le dégager du tissu cellulaire périrénal, il se crève, en laissant échapper un liquide abondant, jaunecitrin, inodore. C'est un rein kystique dont la substance est réduite à une poche d'un demi-centimètre d'épaisseur et cloisonnée par des tractus nombreux. Le rein gauche est recouvert, masqué par le tissu cellulaire périnéphrique, infiltré de sang. Cette infiltration se prolonge le long de l'uretère jusqu'au niveau du détroit supérieur du bassin. Elle s'étend également en arrière du rein et le sang extravasé imbibe l'enveloppe celluleuse du psoas. Pas d'odeur urineuse.

Dans les tractions légères que l'on fait pour dégager ce rein de l'atmosphère celluleuse, l'uretère se rompt à son origine, indice d'une friabilité extrême des parois de ce conduit. Le rein présente un volume considérable : 17 centimètres de long, et une forme à peu près régulière. La coupe pratiquée sur le bord convexe montre le bassinet distendu par un énorme caillot sanguin, qui envoie des prolongements dans toutes les parties anfractueuses du réservoir. Ce caillot se continue dans l'uretère en le dilatant un peu, sur une longueur de 6 centimètres. Le point intéressant est de savoir si l'on peut établir une liaison quelconque entre cette hémorrhagie périrénale et les conditions anormales que vient créer ici le non fonctionnement du rein droit. Doit-on, en effet, voir là une localisation toute fortuite de l'hémorrhagie, l'effusion sanguine s'étant produite là comme elle aurait pu le faire dans le tissu cellulaire sous-cutané ou intermusculaire ? Pourrait-on, au contraire, admettre que, le rein droit étant inactif depuis longtemps,

l'hyperfonctionnement du rein gauche ait agi comme point d'appel congestif dans la région rénale gauche? Enfin, ne pourrait-on pas penser que, en raison des connexions anatomiques qui existent entre la circulation intra et périrénale, l'abondance de l'hémorrhagie interne ait pu produire une sorte d'obstruction passagère, dont la conséquence aurait été la distension et la rupture des ramuscules se rendant au tissu cellulaire ambiant.

21. Adénopathie trachéo-bronchique. — Mort subite;
par le D^r DEBIERRE, aide-major à Vincennes.

Chézé, soldat au 117^e de ligne, mort subitement le 11 février 1880 au fort de Vincennes, était entré à l'hôpital militaire de Vincennes, le 27 janvier, pour embarras gastrique. — Sorti le 5 février complètement rétabli.

Fait son service et s'amuse avec ses camarades dans la soirée du mardi gras. Rentre à la caserne sans être, ni pris de boisson, ni indisposé. — Meurt subitement la nuit sans pousser une plainte, en remontant dans son lit, d'où il était descendu pour satisfaire à un besoin pressant.

AUTOPSIE. — *Cerveau* : Rien, si ce n'est un peu de sérosité dans les ventricules.

Cœur et péricarde : Rien dans le cœur, pas de valvules insuffisantes ; un peu de sérosité post-mortem dans le péricarde.

Poumons et bronches : Ganglions tuberculeux, de la grosseur d'un œuf de poule, comprimant la bifurcation de la trachée et spécialement la bronche droite à son origine. La muqueuse bronchique et trachéale au lieu de la compression est rouge-brun et épaissie. Second ganglion tuberculeux, gros comme une noix, aplatisant la bronche droite de l'artère pulmonaire au point de rétrécir son calibre à la grosseur d'une plume de corbeau ; multitude de petits ganglions tuberculeux autour des bronches, de l'artère pulmonaire, de l'aorte, etc. Pas d'embolies.

La partie antérieure du premier ganglion est contournée par le nerf pneumogastrique droit qui est légèrement tendu (1).

Noyau tuberculeux au sommet du poumon droit. Rien de pathologique dans les autres organes splachniques.

RÉFLEXIONS. — L'hypertrophie tuberculeuse des ganglions bronchiques (tuberculose bronchique) peut-elle expliquer

(1) V. Album de la Société.

la mort par compression de la bifurcation de la trachée, de l'artère pulmonaire? Par tiraillement du pneumo-gastrique? Si nous réfléchissons que cette compression est essentiellement chronique et qu'elle s'est établie lentement, nous ne nous arrêterons pas à cette supposition.

Les ganglions bronchiques tuberculeux gênant les bronches, les vaisseaux, les nerfs, les plexus pulmonaires, auraient-ils été la cause d'un *réflexe* qui aurait amené une syncope suivie de mort? C'est l'hypothèse à laquelle s'est rattaché l'honorable président de la Société anatomique.

M. RENDU. On peut, en effet, expliquer la mort subite par syncope survenant sous l'influence d'un acte réflexe provenant de la lésion que nous avons sous les yeux. Il s'agit d'une région extrêmement riche en filets nerveux.

22. Singulière anomalie du foie, qu'on pourrait appeler double déplacement par interversion et rotation autour d'un axe vertical; par E. KIRMISSON.

Sur le cadavre d'un vieillard (homme), apporté dans les pavillons de l'Ecole pratique, je rencontre un foie présentant la disposition suivante :

L'abdomen étant ouvert, le foie, situé dans l'hypochondre droit, présente en avant un bord épais, volumineux, suivant régulièrement le rebord des fausses côtes. Ce bord va en s'amincissant de gauche à droite, il atteint au contraire sa plus grande épaisseur au niveau de l'épigastre, empiétant très peu sur l'hypochondre gauche. Sur ce bord antérieur, au niveau de la région épigastrique, on aperçoit une petite languette de tissu hépatique qui se détache du reste de l'organe. Cette petite languette, à peu près triangulaire, a son sommet tourné à gauche et relié à la face inférieure du diaphragme par un repli péritonéal, qui représente le ligament triangulaire gauche. On n'aperçoit, sur le bord antérieur du foie, même quand on le soulève, aucune trace de la vésicule biliaire. C'est seulement quand on extrait le foie de l'hypochondre droit (ce qu'on peut faire très facilement, car il est seulement appliqué et nullement fixé par des ligaments), qu'on aperçoit la vésicule biliaire qui confine à la face inférieure du diaphragme dans l'hypochondre droit. Ce rapport intime du diaphragme avec la vésicule biliaire est rendu évident par ce fait que la matière colorante de la bile, transsudant à travers les parois de la vésicule, a laissé une place colorée sur le diaphragme. En écartant le foie de sa position normale, comme nous

l'avons dit, on reconnaît que son bord postérieur, celui qui regarde le diaphragme, présente tous les caractères du bord antérieur d'un foie normal. Il est mince, profondément découpé, présentant deux sillons, l'un qui répond à la vésicule biliaire, l'autre à la veine ombilicale. L'insertion diaphragmatique du ligament suspenseur du foie se fait au niveau de l'épigastre; il ne laisse à sa droite qu'une très petite étendue de la face supérieure du foie; la presque totalité de la glande est à sa gauche. Quand on veut remettre l'organe dans la position qu'il devrait présenter normalement, c'est-à-dire le bord épais en arrière, la vésicule biliaire et le bord mince et tranchant en avant, le foie se place alors dans l'hypochondre gauche; il empiète sur l'épigastre, et n'offre plus dans l'hypochondre droit qu'une mince languette de tissu qui représente alors son extrémité droite.

Le tronc cœliaque et l'artère hépatique ont leur disposition normale. La veine cave inférieure est accolée à la face inférieure du foie; le lobule de Spigel, très petit, est appendu à ce vaisseau et complètement séparé du reste de la glande hépatique. Le cœur et l'aorte occupent leur position habituelle, il n'y a aucune trace d'inversion des viscères.

En résumé, l'anomalie du foie que nous avons sous les yeux consiste en ce que :

1^o Le foie, situé comme à l'ordinaire dans l'hypochondre droit, présente en avant un bord épais qui offre tous les caractères du bord postérieur d'un foie normal, tandis qu'en arrière, dans la concavité du diaphragme, il possède un bord mince et tranchant sur lequel s'insère la vésicule biliaire.

2^o Pour remettre l'organe en position, il faut le placer dans l'hypochondre gauche.

3^o Il semble donc que le foie, primitivement situé dans l'hypochondre gauche, ait subi autour d'un axe vertical un mouvement de rotation de haut en bas et de gauche à droite, qui a eu pour effet d'amener son bord antérieur, mince et tranchant, en arrière, et son bord postérieur, épais, en avant.

4^o La laxité des replis qui unissent le foie au diaphragme, et surtout, l'absence du ligament coronaire du foie ont pu permettre ce déplacement.

5^o Si cette interprétation est exacte, on devrait donner au déplacement que nous décrivons ici le nom de double déplacement du foie par inversion et rotation autour d'un axe vertical.

Ce déplacement si singulier du foie que nous avons eu l'occasion d'étudier, semble, jusqu'ici, unique dans la

science. On a bien rencontré des cas de déplacement du foie par rotation autour de son axe transversal, et même des déplacements dans le sens vertical, la grosse extrémité du lobe droit tendant à s'abaisser dans l'abdomen (fait de Barbarotta) ; mais on n'a pas signalé de déplacement aussi complexe que celui que nous venons de décrire ici. On trouvera d'ailleurs l'étude de ces anomalies de situation du foie, faite par M. Rendu, dans le Dictionnaire encyclopédique. Plusieurs auteurs ont attribué la possibilité de ces déplacements à des anomalies des ligaments du foie. Le fait que nous avons observé vient à l'appui de cette manière de voir. Nous rappellerons, d'ailleurs, que Longuet a montré à la Société anatomique, en 1874, un fait de ce genre dans lequel les ligaments coronaires et les ligaments latéraux n'existaient pas, de sorte que le foie, suspendu seulement par le ligament falciforme, basculait avec une extrême facilité.

Le déplacement que nous avons décrit étant très complexe et difficile à saisir, nous avons prié M. Labbé, aide d'anatomie de la Faculté, d'en faire un dessin. Cette planche, déposée par nous dans l'album de la Société anatomique, facilitera l'intelligence de notre description. (1)

M. RENDU. On a signalé un petit nombre de foies mobiles. Ici, la rotation semble s'être faite autour d'un axe vertical ; dans les cas habituels c'est au contraire autour d'un axe transversal que paraît se produire la rotation de l'organe.

23. Anomalie musculaire, par Albert PETIT, étudiant en médecine.

J'ai l'honneur de présenter à la Société une anomalie musculaire, dont on ne trouve la description dans aucun traité d'anatomie. Le sujet, étudié à l'amphithéâtre des hôpitaux, dans le pavillon de M. le professeur Henriet, était une jeune femme d'environ 25 ans. Les sujets destinés aux études anatomiques sont livrés dans des conditions telles, qu'il est impossible de fournir aucun renseignement. L'étude de la partie postérieure et profonde de l'avant-bras droit, permit à M. Albert Petit, de constater sur son sujet, l'existence d'un muscle digastrique. Ce muscle possède à sa partie supérieure, un ventre charnu qui partage les insertions supérieures du muscle long abducteur du pouce et un tendon mince arrondi ; le ventre inférieur fait suite à ce tendon dans sa partie supérieure et va s'insérer, après avoir

(1) V. *Album de la Société*.

courtourné le radius, sur le ligament annulaire antérieur du corps, et en partie sur le trapèze. La direction de ce muscle est opposée à celle des muscles radiaux. Il eut été intéressant de constater si la même anomalie musculaire existait sur l'avant-bras du côté gauche, mais il a été impossible de retrouver cette partie du corps du sujet. Ce muscle paraît être un muscle supinateur.

M. HENRIET fait remarquer que, vu les insertions de ce muscle, il représente un radial renversé.

24. Testicules tuberculeux. — Otite suppurée. — Hémiplégie.

— **Mort.** — **Sarcome kystique du cerveau ;** par HUE, interne des hôpitaux.

Chazal, 54 ans, terrassier, entre le 3 février 1879, au n° 14 de la salle Saint-Victor, infirmerie de Bicêtre, service de M. GILLETTE. — 15 mois auparavant, il avait reçu une pierre sur la région occipitale. Ce traumatisme fut suivi d'un écoulement sanglant par l'oreille droite, dont l'acuité auditive ne diminua guère que trois mois plus tard. Un peu après, il se mit à tousser, à la suite, dit-il, d'une chute dans l'eau froide. Enfin, un gonflement du scrotum gauche, survenu depuis 15 jours, le force à entrer à l'hôpital le 3 février. On constate à gauche un épanchement dans la vaginale, on le ponctionne, et on peut sentir l'épididyme bosselé. L'épididyme droit est aussi bosselé. Caverne assez volumineuse au sommet du poumon gauche. Otite externe sans perforation du tympan.

Le malade reste jusqu'au 5 mars, et sort amélioré. Il rentre le 5 mai pour des douleurs violentes de l'oreille droite, et on constate une rougeur et un empâtement marqués, surtout vers l'apophyse mastoïde. M. Gillette trépane cette apophyse dont la paroi est saine, et passe un drain qui ressort par le conduit auditif; lavages phéniqués; mieux très sensible.

Le 16 mai au soir, vertiges, sensation de frémissement dans le côté gauche du corps. Puis, mouvements convulsifs généralisés et perte de connaissance. Une saignée abondante fait cesser ces accidents et le lendemain tout a disparu. Bientôt l'acuité auditive revient en partie à droite. La plaie mastoïdienne se ferme presque entièrement, et le malade sort le 18 juin. (Observ. de Capitan, int. des hôp.)

Il rentre le 1^{er} août. La plaie de la région mastoïdienne s'est rouverte et donne issue à un pus séreux et grumeleux. Les douleurs de ce côté ont reparu et le malade affaibli, toussant toujours, n'a pu continuer son travail. L'état local

s'améliore un peu et l'état général va en s'aggravant jusqu'au 1^{er} janvier 1880, où nous le trouvons dans le service.

10 janvier. Depuis 15 jours environ, le malade, jusque-là assez gai, est devenu somnolent, et il est des jours où il semble à peine reconnaître les gens qu'il connaissait le plus. Il sort assez rarement de son état de torpeur et se plaint de douleurs de tête non localisées; pas de paralysies; légère fièvre le soir; signes cavitaires au sommet gauche. La suppuration de l'oreille et de l'apophyse mastoïde est assez abondante et tache l'oreiller. Un vésicatoire calme peu la douleur. Les testicules sont toujours dans le même état. La nuit du 16 janvier, il se lève et cherche autour de son lit, on le recouche, et il reste calme, pas de délire bruyant. Il répond lentement et avec peine aux questions qu'on lui pose. Sa voix est très enrouée. Il se plaint d'ailleurs de souffrir du larynx, surtout pendant la déglutition.

20 janvier. Les douleurs ayant augmenté, on remet le drain en place, puis on l'ôte le 26, le malade s'en étant plaint. Jusque dans les premiers jours de février, le malade présente des alternatives d'assoupissement, d'hébétéude et de retour marqué à l'intelligence et à l'attention. Vers cette époque, les traits de la face se dévient à droite et peu à peu, s'accroissent les signes d'une parésie de tout le côté gauche. Le facial droit est sain, les pupilles égales. Les jours suivants, en même temps que la température monte, surtout le soir, que les symptômes pulmonaires deviennent plus évidents, et l'état général plus mauvais, la parésie augmente d'intensité, le malade sort de son assoupissement par instants, et répond à peu près aux questions, bien que la parole soit embarrassée.

12 février. Le pouls devient petit, irrégulier, la pupille droite est dilatée, la gauche (côté hémiplegique) contractée, et le malade meurt à 1 heure de l'après-midi.

AUTOPSIE. 36 heures après la mort. — Cadavre émacié. Thorax. Pas d'épanchement dans les plèvres. Poumon droit, peu d'adhérences; on le sépare assez facilement des parois thoraciques, sauf en arrière et en haut: il est congestionné, et, à la coupe, présente quelques tubercules caséeux assez rares plus nombreux vers le sommet. Poumon gauche, fortement adhérent sur toute sa surface, impossible à séparer, sans délabrements, des parois thoraciques. La main s'enfonce au sommet dans plusieurs cavernes du volume d'un œuf de pigeon et plus; le reste du poumon est farci de tubercules caséeux. Rien au péricarde. Cœur en systole, décoloré, fort peu hypertrophié, peu de graisse; vaisseaux turgescents, pas de lésions valvulaires.

Abdomen. Adhérences générales et demi-solides des anses intestinales entre elles, et au péritoine pariétal. Pas de pus, mais quelques masses caséuses assez fermes comme consistance tranchent par leur couleur blanchâtre, sur la couleur de l'intestin. *Foie*, légèrement gras, *rate* et *reins* congestionnés. A l'ouverture du *crâne*, la dure-mère est normale, et la surface interne de tous les os parfaitement saine. Rien sur la face supérieure du rocher; rien de particulier dans les méninges. Le cerveau est extrait facilement, placé sur sa base, il présente une saillie notable de l'hémisphère droit, qui bombe au niveau de sa partie moyenne. On y sent de la fluctuation. Incisé suivant un plan vertical et transversal qui passe par la partie postérieure de l'insula, il laisse échapper environ un demi-verre de liquide jaunâtre. On constate alors qu'il existe dans l'hémisphère droit, une cavité kystique du volume d'une petite orange, cavité à la paroi de laquelle se trouvent accolés d'autres kystes de plus petit volume. En dehors et en bas, on trouve deux autres cavités : l'une analogue à la précédente et du volume d'une grosse noisette, l'autre plus petite, et constituée par un foyer hémorrhagique.

Ces trois cavités sont comprises dans la portion où, à la coupe, la portion postérieure ne comprend qu'une faible partie du grand kyste. La tumeur principale est située à la paroi externe du noyau lenticulaire, en dedans de la capsule externe, au niveau de l'insula. Du côté interne, le corps strié, la couche optique, le ventricule latéral correspondants sont refoulés vers la ligne médiane.

La paroi du kyste principal est constituée par une membrane épaisse d'environ 2 mill., jaunâtre, assez résistante, plissée et que l'on détache assez facilement, à la partie interne, de la substance cérébrale avoisinante. La portion externe est, au contraire, confondue avec la substance nerveuse, et c'est dans cette région du kyste que se rencontrent les petits kystes secondaires formant dans la poche des saillies mamelonnées, de coloration tantôt bleuâtre, tantôt pourpre avec des taches jaunâtres. Rien dans l'autre hémisphère, rien au cervelet.

25. Kyste hydatique volumineux de la face inférieure du foie, terminé par calcification de l'enveloppe et transformation adipeuse du contenu; par BOURDEL, interne provisoire.

Nous avons découvert ce kyste, resté absolument latent pendant la vie, en faisant l'autopsie d'un malade de 76 ans, mort à l'hospice d'Ivry d'une broncho-pneumonie.

A la *face inférieure du foie*, qui d'ailleurs occupait sa

situation normale, nous avons trouvé une tumeur semi-ovoïde, blanchâtre, de consistance fibro-cartilagineuse, qui occupait la place du lobe inférieur, auquel elle s'était complètement substituée et qui débordait en avant le bord tranchant de l'organe de 2 centimètres environ. On voit qu'en arrière elle s'étend jusqu'au sillon transverse, qu'elle a un peu repoussé, mais sans comprimer la veine-porte, et qu'elle se limite à gauche au sillon de la veine ombilicale, qu'elle a également refoulé. — La vésicule biliaire, distendue, et le canal cystique, allongé, sont accolés à son côté droit et semblent même, à première vue, en faire partie; mais, lorsqu'on a disséqué le péritoine, qui recouvre toutes ces parties et qui est fortement épaissi, on peut s'assurer qu'il n'y a aucune communication. La forme de la poche n'est pas tout à fait ovoïde, car, à 3 centimètres environ de sa partie antérieure, un sillon circulaire la partage en deux lobes très inégaux, et elle rappelle ainsi vaguement la forme d'un utérus.

Sur la face supérieure du foie, on la retrouve à la partie antérieure et moyenne de cette face, dans une étendue de 5 à 6 centimètres. Après incision de la coque, qui crie sous le scalpel, nous avons reconnu qu'elle était remplie par une masse demi-solide, pâteuse, d'un gris jaunâtre, tout à fait analogue comme couleur et comme consistance à du mastic, et ne sortant au dehors qu'avec beaucoup de peine. De plus, nous avons constaté que toute la surface interne était couverte de plaques crétacées, assez épaisses et très dures en certains points, et surtout dans la partie profonde du kyste. L'épaisseur de cette coque, qui est infiltrée dans toute son étendue de sels calcaires, varie donc un peu d'avant en arrière et atteint son maximum, qui peut être évalué à 1 centimètre environ, au-dessous du sillon transverse, ce qui paraît indiquer que c'est en ce point que le kyste a débuté. On peut se rendre compte alors de l'étendue de la poche et voir qu'elle est plus grande qu'on ne pouvait supposer, car elle se prolonge au-dessous du sillon transverse jusqu'à 3 ou 4 centimètres du bord postérieur, de telle sorte que toute la partie moyenne du foie se trouve excavée et que le kyste s'est substitué, dans toute cette partie, au parenchyme de l'organe. Il peut loger ainsi facilement le poing d'un adulte. En examinant la paroi interne, on y retrouve une petite crête circulaire répondant au sillon que nous avons vu extérieurement. Nous avons exploré tous les autres organes, et nous n'avons pu y découvrir d'autres kystes. Nous sommes donc en présence d'un kyste unique, terminé par l'un des modes de guérison signalés et resté latent pen-

dant toute la vie. Cecas n'a d'intérêt que comme pièce anatomique, mais, à ce titre, il est remarquable par son volume et sa localisation à la face inférieure du foie, sur les limites du sillon transverse, sans amener cependant de compression de la veine porte ni des canaux biliaires.

Nous signalerons, cependant, un fait clinique tiré de cette localisation du kyste et de sa contiguïté avec la vésicule biliaire : c'est que, si le malade avait eu des symptômes de lithiasse (ce qui eût été possible, car la vésicule contenait une dizaine de calculs), la percussion eût fait reconnaître, vers le bord extérieur du muscle droit abdominal, une tumeur qui eût été presque certainement, dans ce cas, prise pour une hydropisie de la vésicule, en l'absence de phénomènes antérieurs du côté du kyste.

26. M. MONOD présente des testicules sur lesquelles il a pratiqué des *injections périépididymaires*. Le liquide injecté s'est diffusé dans toute la région épидидymaire, et la tuméfaction ainsi produite rappelle parfaitement le *cimier de casque* décrit dans l'épididymite blennorrhagique.

Au point de vue clinique, il y a plusieurs degrés dans l'épididymite blennorrhagique. A un premier degré, l'épididyme a augmenté légèrement de volume ; à un deuxième degré, le tissu cellulaire péri-canaliculaire se prend, et il est probable que toute la masse, que l'on sent alors sous le doigt, est formée par une infiltration péri-épididymaire. — De même, pour la *déférentite* ; il est probable qu'il s'agit là aussi surtout d'une *péri-déférentite*. Les lésions restent absolument limitées par la tunique fibreuse commune.

M. RECLUS a montré qu'il en est de même pour les *orchites chroniques* ou pseudo-tubercules testiculaires de Fournier. Il s'agit ordinairement alors d'une *péri-épididymite*.

27. M. ROBERT montre un *cancer généralisé au péritoine*, aux plèvres, et au péricarde. Il existe un cancer utérin. La malade est morte par syncope. (L'observation n'a pas été remise).

M. RENDU : Ce fait est remarquable, car les adhérences séreuses sont intimes ; très ordinairement, la carcinose généralisée aux séreuses s'accompagne d'épanchements, souvent hémorragiques.

Séance du 27 février 1880.

PRÉSIDENTE DE M. RENDU.

28. Kyste hémattique développé au voisinage de l'estomac et communiquant avec une cavité creusée dans l'anneau du pylore ; compression de l'estomac et des voies biliaires. Fonctions aspirations successives ; péritonite ultime consécutive à une tentative de drainage du kyste ; par M. RENDU, médecin des hôpitaux.

Bouvier (Joseph), 38 ans, garçon de cuisine. Entré le 7 juillet 1879, salle Gérando, lit n° 2 (1).

Ce malade ne présente aucun antécédent diathésique ; il n'a jamais eu qu'une pleurésie gauche, à 20 ans. Il a presque toujours exercé la profession de garçon de cuisine, de 15 à 28 ans, et de 33 à 38 ans ; de 28 à 33 ans, il a été commissionnaire. Excès de boisson, non seulement comme qualité, mais comme quantité ; le malade a toujours été grand buveur.

Il jouissait d'une bonne santé quand, au commencement d'octobre 1875, il fut pris subitement, pendant la nuit, de coliques très vives, accompagnées de ballonnement du ventre. Il fut traité à l'hôpital St-Antoine, dans le service de M. Blachez ; il avait à ce moment du météorisme abdominal, des douleurs dans le côté gauche du ventre, des vomissements jaune-verdâtre, de la constipation, et aussi, paraît-il, de l'hypertrophie de la rate ; il fut traité par des purgatifs répétés et des vésicatoires, et, en quittant l'hôpital, M. Blachez lui conseilla l'hydrothérapie (janvier 1876).

De janvier à juillet 1876, le malade fut bien portant. En juillet, les vomissements reparurent et durèrent six mois. Ces vomissements se produisaient sans douleur, étaient précédés par un petit frisson, et se composaient de matières glaireuses ou bilieuses, et des aliments récemment ingérés ; le repas pris immédiatement après le vomissement était quelquefois bien digéré.

Pendant les années 1877, 1878, il y eut des alternatives

(1) La première partie de l'observation a été rédigée d'après les notes de M. Havage, interne du service.

de mieux et de pis ; le malade restait quelquefois trois mois sans vomir et avait bon appétit.

En mai 1879, les vomissements en étaient venus à se produire après chaque repas (1/2 heure, 1 heure, 1 heure 1/2), le malade entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Germain Sée.

On constata une dilatation de l'estomac avec bruit de flot. Le malade fut soumis au régime lacté partiel, sans autre médication ; mais lorsqu'il quitta l'hôpital, les vomissements continuaient, et il s'était produit de l'amaigrissement (fin juin).

Après quelques jours de séjour à Vincennes, le malade entra à l'hôpital Tenon, service de M. Rendu. A ce moment, cet homme était émacié, avait les traits tirés, sans offrir cependant l'aspect cachectique des cancéreux ; il vomissait abondamment deux ou trois fois par jour, avait des contractions stomacales sous forme d'ondulations, qui étaient très douloureuses, et n'étaient calmées que par les injections de morphine ; de plus, il y avait une dilatation considérable de l'estomac qui descendait jusqu'au-dessous de l'ombilic, et produisait, par la succussion, un bruit analogue à celui d'un tonneau à moitié plein.

On continua les injections de morphine, on prescrivit le régime lacté partiel, des œufs, du phosphate de chaux et du charbon de Belloc ; de plus, on pratiqua le cathétérisme de l'estomac, tous les deux jours, avec la sonde œsophagienne.

Aussitôt que la sonde avait pénétré dans l'estomac, il se produisait par action réflexe, des vomissements abondants de matières liquides (2, 3, 4 litres), de sorte que l'estomac se trouvait vide sans qu'on eût besoin de recourir à la pompe. Au bout de quinze jours de ce traitement, les vomissements n'avaient pas reparu, et on cessa le cathétérisme (fin juillet).

Pendant le mois d'août, malgré la cessation des vomissements, l'état général devint plus mauvais, il y avait de temps en temps des frissons, et on commença à sentir de la résistance dans l'épigastre. Au niveau du lobe gauche du foie, il sembla se produire une bosselure profonde.

A la fin du mois d'août, M. Rendu pensait à un carcinome développé primitivement dans le foie, et comprimant l'estomac vers la région pylorique.

En septembre, l'état général s'améliora, mais le foie envahit manifestement la région épigastrique, et le ventre augmenta de volume.

Le 3 octobre, le malade se trouvait dans l'état suivant : Amaigrissement de la face et des membres, contrastant

avec le développement du ventre. Appétit conservé, mais digestions difficiles; garde-robes pâles, contenant moins de bile qu'à l'état normal, cependant pas complètement argileuses: accidentellement elles redeviennent bilieuses.

Le foie et la rate ont leur volume normal; toutefois, le lobe gauche du foie paraît hypertrophié, et empiète sur la région épigastrique. L'estomac est très dilaté, mais il n'y a plus de bruit de flot.

20 octobre. Peu à peu, il s'est formé près du bord externe du grand droit, une tumeur peu saillante, ayant à peine la largeur de la paume de la main et difficile à délimiter. Cette tumeur est résistante et offre nettement une fluctuation analogue à celle d'un kyste. Aucune douleur à ce niveau.

Cette tumeur fait certainement partie du foie, bien qu'elle soit séparée du rebord costal par une zone de sonorité, due à la présence d'une anse intestinale. Pensant à un kyste hydatique du foie, M. Rendu fait une ponction dans la tumeur avec la plus petite aiguille de l'aspirateur Potain. On retire 950 grammes d'un liquide gris-jaunâtre, d'aspect trouble et ayant des reflets bilieux.

En voici l'analyse due à l'obligeance de M. Degrave, pharmacien en chef de l'hôpital Tenon:

Globules de pus très abondants.

Crochets d'échinocoques. *Néant.*

Mucine et surtout albumine: 170 gr. pour 1000.

Matières colorantes de la bile.

Acides biliaires (?).

Phosphates.

Traces de fer.

Aussitôt après la ponction, on applique un bandage de corps garni de ouate, et modérément serré, on fait une injection de morphine, et on recommande au malade un repos absolu.— *Soir.* Aucune douleur. Pas de fièvre.

21 octobre. *Idem.*

22 octobre. Le malade se lève un peu à midi. Peu de temps après, il est obligé de se remettre au lit; il souffre d'un double point à droite et à gauche de la région ombilicale. Il n'y a eu ni frisson ni vomissements. P. 80. Légère élévation de la température (injection de morphine).

23 octobre. Les douleurs ont disparu dans la nuit. Il n'y a pas de fièvre.

26 octobre. Aucun phénomène nouveau.

31 octobre. Depuis deux jours, il y a de nouveau des troubles gastriques, pituites, vomissements, et l'épigastre

est ballonné. *Trait.*: phosphate de chaux, 4 grammes; teinture de noix vomique, 20 gouttes en deux fois.

1^{er} novembre. Le malade a vomi hier environ trois litres de liquide. La cavité kystique se remplit de nouveau, car on observe dans la région du foie une voussure rénitente, mate à la percussion, et qui est le siège d'une fluctuation profonde.

3 novembre. Vomissements dans la journée d'hier. L'estomac est dilaté, et on produit du gargouillement par la succussion.

14 novembre. Depuis quelques jours, les vomissements ont cessé; la poche kystique n'augmente plus de volume, mais l'état général est mauvais.

25 novembre. Nouvelle ponction dans la poche kystique avec l'aspirateur Potain. On emploie l'aiguille la plus fine. On retire 700 grammes de liquide dont l'aspect est tout autre que celui de la ponction précédente; il est moins épais, et sa coloration est analogue à celle de l'extrait de quinquina. Comme la fois précédente, on applique un bandage de corps, et on recommande au malade de garder l'immobilité.

4 décembre. Aucun accident pendant les premiers jours qui ont suivi la ponction. Mais, aujourd'hui, le malade accuse une diminution de l'appétit. Léger ictère des conjonctives. Urines très colorées.

11 décembre. L'ictère a augmenté de jour en jour et a envahi tout le tégument externe. Urines acajou, avec reflets verdâtres, présentant avec l'acide nitrique, la réaction caractéristique, résine biliaire en grande quantité. Matières complètement décolorées, argileuses; pas de fièvre, mais état de malaise continu et diminution de l'appétit.

Rien n'est changé du côté du foie, le kyste ne paraît pas avoir augmenté de volume. Le météorisme du ventre s'est accru. *Trait.*: pilules d'aloès de 0,15; une tous les jours. Eau de Vichy.

12 décembre. Soir. Le malaise a été plus considérable aujourd'hui. Pas de fièvre, mais frissonnements assez fréquents. Vomissements glaireux. L'estomac est très distendu par les gaz, au point qu'il se dessine sous la peau. Pas de douleur dans la région hépatique. C'est, au contraire, dans la région latérale gauche de l'abdomen que le malade accuse ses souffrances.

16 décembre. Persistance de l'inappétence et de l'ictère. Toujours des douleurs abdominales, principalement du côté gauche, qui ne sont calmées momentanément que par les injections de morphine; le kyste semble avoir grossi;

on en limite plus facilement les contours par la palpation. Il se présente sous la forme d'un hémisphère dépassant le volume d'un poing d'adulte.

Troisième ponction dans la poche kystique. On retire 800 grammes de liquide, un peu moins foncé que celui de la ponction précédente. De plus, par le repos, il se sépare en deux couches distinctes dans le bocal; l'une, couleur chocolat, est épaisse et renferme évidemment beaucoup de mucus et de pus; l'autre supérieure, est liquide, et a une couleur noire analogue à celle du café.

18 décembre. Rien dans la journée du 16 et du 17. Aujourd'hui, il y a de légères douleurs péritonéales. (Le malade s'est levé hier pour aller au cabinet.) Pouls petit et fréquent. Douleur à la pression localisée dans la région du kyste.

19 décembre. Les douleurs ont disparu.

22 décembre. L'ictère a notablement diminué depuis la ponction du kyste.

30 décembre. Peu d'appétit depuis quelques jours. Le kyste se remplit de nouveau, et de nouveau l'ictère reparaît.

Dans les premiers jours de janvier 1880, nous assistons à la répétition des mêmes accidents qui s'étaient produits au commencement de décembre. L'ictère s'accroît de plus en plus, l'appétit devient nul, le malade maigrit, se cachectise, et l'état général s'aggrave manifestement.

Le 7 janvier, une quatrième ponction aspiratrice est pratiquée au même point que les précédents, elle donne issue également à 900 centimètres cubes de liquide foncé, brunâtre, hémorrhagique, et ne s'accompagne d'aucune complication consécutive. Comme précédemment, quatre ou cinq jours après la ponction, l'ictère disparaît, le malade se sent mieux et l'appétit revient partiellement.

En raison cependant de l'état général, et surtout de la reproduction incessante du liquide dans la poche kystique, il fut résolu de l'attaquer plus largement et de faire suppurer le kyste pour arriver à une guérison définitive. M. Rendu préféra la méthode lente de Récamier, par les cautérisations successives, afin de laisser aux adhérences le soin de se former entre la paroi abdominale et le foie. Toute la seconde quinzaine de janvier et la première quinzaine de février, furent employées à creuser l'eschare. A quatre reprises différentes, tous les sept ou huit jours, on appliquait sur le point fluctuant une rondelle de pâte de Vienne, après avoir enlevé l'eschare précédente. De cette façon, vers le 15 février, la perte de substance était assez

large et assez profonde pour permettre l'introduction d'un gros tube à drainage, par lequel on comptait faire des lavages dans l'intérieur du kyste.

Le 20 février, l'opération fut pratiquée. Un trocart de la grosseur d'un porte-plume fut introduit, en un seul temps, à travers l'eschare abdominale jusque dans le kyste. Il n'y eut presque pas de douleur, et immédiatement un flot de liquide brunâtre, hématique, analogue à celui des ponctions précédentes, s'échappa de la canule. En cherchant à introduire un tube à drainage le long de la canule comme conducteur, on éprouva une certaine difficulté : il semblait que le tube se heurtât à une paroi solide. M. Rendu pensa que la solution de continuité faite par le trocart était trop étroite, et il agrandit un peu l'ouverture au moyen d'une incision qui ne dépassa pas les limites de l'eschare. Ce petit débridement parut suffire, en effet, et le tube à drainage s'enfonça aisément d'une longueur suffisante pour faire croire qu'il se mouvait librement dans la cavité kystique. On retira alors la canule, et presque immédiatement une notable quantité de bile jaune et filante, mêlée à quelques gouttes de sang, se mit à sourdre à travers la plaie. On étancha facilement le sang, mais la bile continua à s'écouler et à imprégner les pièces du pansement.

Afin de prévenir les phénomènes de septicité résultant de l'ouverture du kyste, une injection d'eau phéniquée au 200° fut poussée très doucement dans l'intérieur du tube à drainage. Il put en être injecté environ 250 grammes. Le malade accusa une légère douleur à ce moment, mais quelques instants après, toute souffrance avait cessé. Une chose qui fut notée et qui préoccupa de suite M. Rendu, fut que cette injection n'était que très partiellement revenue par le tube (à peine quelques gouttes). Aussi, craignant que la poche ne se vidât en partie dans le péritoine, il fit une injection de morphine, et prescrivit pour l'après-midi une potion avec 0,10 d'extrait thébaïque, afin d'immobiliser le péritoine dans les premières heures consécutives à l'opération.

Deux heures cependant s'étaient à peine écoulées, que le malade accusait des phénomènes de péritonite aiguë : douleur vive abdominale, ballonnement intestinal, soif, petitesse du pouls, anurie. Le soir, il était dans un état grave, et le lendemain, dans l'après-midi, il succombait dans le collapsus. Nous avions trouvé, à la visite du matin, les pièces du pansement complètement imprégnées de bile qui n'avait cessé de couler depuis l'opération. L'impression de M. Rendu fut que le kyste hydatique communiquait avec les voies biliaires, et que la bile s'était déversée dans le

péritoine en passant entre l'ouverture du kyste et le tube à drainage. L'autopsie devait faire voir, qu'en réalité, le kyste n'était pas intrahépatique, et que la péritonite était la conséquence à la fois de la pénétration de l'injection phéniquée dans la cavité péritonéale, et de l'écoulement de la bile par la plaie du foie.

AUTOPSIE, le 23 février 1880. — En ouvrant la cavité abdominale, on la trouve remplie par une notable quantité de liquide sanguinolent mêlé à de la bile, et l'on constate tous les signes d'une péritonite aiguë généralisée. Les intestins sont ballonnés, distendus, injectés : quelques anses déjà réunies les unes aux autres par des pseudo-membranes fibrineuses et des exsudats inflammatoires.

L'examen de la région du cautère montre les détails suivants : Au niveau de la plaie, la paroi abdominale est mortifiée d'une façon régulière et complète jusqu'à sa face profonde. L'eschara du cautère correspond exactement à la limite la plus inférieure du lobe gauche du foie, au niveau de son bord libre, à 2 centimètres au dedans de ce bord. A ce niveau, existent des adhérences intimes qui relient la face profonde de l'abdomen et la face supérieure du foie. Ces adhérences sont continues partout, sauf en un point du côté droit : là existe une lacune d'un demi-centimètre de largeur environ. C'est par là que passaient les tubes à drainage qui avaient glissé le long de la face convexe du foie, et qui, au lieu de pénétrer dans le kyste, plongeaient directement dans la cavité péritonéale. En injectant du liquide phéniqué, on avait donc fait pénétrer directement le liquide dans le ventre, et contribué à déterminer la péritonite aiguë.

Le trocart se trouvait donc avoir traversé le foie au niveau de sa longueur, sur une épaisseur d'environ un centimètre. Au dessous, ce viscère était en rapport avec une poche, assez épaisse et résistante, située immédiatement au-dessus et à droite de l'estomac, dont elle semblait faire partie intégrante. Une cicatrice linéaire indiquait le point où avait pénétré le trocart.

Les rapports de la poche kystique et de l'estomac sont intéressants à déterminer. En ouvrant ce dernier viscère, on constate qu'il est très-dilaté, augmenté d'un tiers environ de sa capacité normale. Les tuniques sont épaissies, indurées, et la muqueuse se présente hérissée de villosités tomenteuses : elle offre une apparence velvétique et mamelonnée tout à fait exagérée. En un mot, non seulement il y a dilatation gastrique, mais il y a hypertrophie de l'estomac, sans inflammation appréciable de la muqueuse; du reste, pas de plaques ardoisées ni de vascularisation exagérée, ni

d'ulcérations. En introduisant le doigt dans l'anneau du pylore, on sent manifestement qu'il est serré par le voisinage de la poche kystique adjacente, mais il n'existe pas la moindre trace de rétrécissement au niveau du pylore lui-même, aucun soupçon d'induration cancéreuse.

Il est facile de se rendre compte qu'en aucun point, la poche kystique ne communique avec la cavité de l'estomac. Avant d'ouvrir cette poche, on essaie à plusieurs reprises d'en exprimer le contenu vers l'estomac ; aucune goutte de liquide ne s'en échappe. Mais, en sectionnant transversalement l'anneau du pylore, on tombe sur une sorte de cavité anfractueuse, inégale, irrégulière, de la grosseur d'une petite noisette, creusée dans l'épaisseur même des fibres musculaires de l'anneau, immédiatement sous la muqueuse. Cette cavité anfractueuse communique, par un trajet tortueux, avec la grande poche kystique qui semble lui servir de diverticulum : un stylet, et même une plume à écrire, peuvent passer facilement d'une cavité dans l'autre. Tous ces diverticules sont tapissés par une sorte de membrane adventice épaisse, légèrement tomenteuse, très vasculaire, ce qui explique la nature hématique et l'apparence brunâtre du liquide retiré après chaque ponction. Plusieurs brides fibreuses traversent la poche dans divers sens, et lui donnent un aspect assez semblable à celui d'une vessie à colonnes.

On peut se demander comment, la poche ne communiquant pas avec les voies biliaires, il s'était échappé toujours un liquide bilieux à la suite des ponctions. Ceci s'explique précisément par l'état des voies biliaires intra-hépatiques. La plaie du trocart intéressait précisément un canalicule biliaire, qui avait fourni la bile : de là était résulté que le liquide de la ponction ne ressemblait nullement à celui qui s'était écoulé dans la journée, et qui était composé de bile pure.

Indépendamment de ces lésions, tout le tissu de l'arrière-cavité des épiploons était hypertrophié et induré, au voisinage de la tête du pancréas et des ganglions rétrohépatiques. Dans ce tissu conjonctif, on trouva deux masses d'un vert noirâtre, constituées par une matière analogue à du mastic ou plutôt à du cambouis, ne présentant aucune odeur stercorale. Cette matière dissoute dans l'eau lui communique une coloration d'un vert sale ; elle semble avoir une origine biliaire.

Le poumon commence à être farci de granulations tuberculeuses, surtout au sommet droit où elles sont confluentes. A ce niveau existe une petite caverne.

En résumé, dans ce cas, un kyste adventice se développe au niveau de l'anneau musculéux du pylore, grandit et s'étale de façon à comprimer à la fois l'estomac et le hile du foie. Les conséquences, du côté de l'estomac, sont une dilatation de l'organe, des vomissements incoercibles et une grave atteinte de la santé générale : du côté du foie, la compression de la vésicule biliaire empêche l'arrivée de la bile dans l'intestin, augmente ainsi les troubles digestifs, et contribue à altérer le parenchyme hépatique par la distension considérable des canalicules du foie.

Le diagnostic était à peu près impossible : pendant une première période de deux mois, l'affection paraissait être une gastrite chronique avec dilatation stomacale : on pensa ensuite à un cancer, puis à un kyste hydatique communiquant avec les voies biliaires.

La disposition de cette poche, qui une fois distendue par le liquide devait être fort volumineuse, puisque l'on retirait près d'un litre à chaque ponction, rend compte de plusieurs particularités cliniques constatées chez ce malade. Nous avons déjà vu que, par sa situation entre le lobule de Spiegel, et le pylore, elle comprimait notablement la région pylorique de l'estomac : de là, les phénomènes de dilatation stomacale et les vomissements incoercibles qu'avait présentés le malade.

Une compression du même genre existait au niveau de la dernière portion du canal cholédoque. Il a été impossible de faire passer une goutte de bile de la vésicule biliaire dans l'intestin, bien que le passage de la bile se fit encore, quoique incomplètement, du vivant du malade (les garde-robes, on se le rappelle, étaient souvent décolorées, mais parfois bilieuses). L'extrémité postérieure de la vésicule était englobée dans un magma cellulaire, qui devait hermétiquement comprimer le canal cholédoque. La vésicule était augmentée d'un tiers de son volume, distendue par de la bile, et elle débordait de plus de deux travers de doigts le bord du foie.

La réalité de la compression des voies biliaires par le kyste est encore prouvée par l'état des vaisseaux biliaires intra-hépatiques. Sur des coupes intéressant le parenchyme hépatique, on voit sourdre de tous côtés, des canaux biliaires dilatés, de la bile jaune et fluide, nullement épaisse ni purulente. Ces canaux sont tellement distendus que beaucoup d'entre eux sont aptes à contenir une plume d'oie. Malgré cette distension extrême, il n'y a aucune trace d'angiocholite. Un fait curieux, c'est que le tissu du foie n'est nullement infiltré de bile : à part les gros canaux biliaires

qui sont distendus, les petits canaux ne semblent pas en contenir une quantité notable, et le foie n'a point l'aspect verdâtre de certaines rétentions biliaires.

Ainsi, dans cette remarquable observation, un kyste adventice, juxtaposé à l'estomac, a produit une compression permanente du pylore, entraîné la dilatation du ventricule, et provoqué un arrêt presque complet du cours de la bile avec rétrodilatation des canaux biliaires. Une question se pose maintenant à l'esprit. Quelle était l'origine et quel a été le point de départ vraisemblable de ce kyste ?

Ce kyste paraît s'être développé dans l'anneau même du pylore, au-dessous de la tunique muqueuse : c'est en ce point qu'existait une première cavité, grosse comme une noisette, qui communiquait avec le reste de la poche. Mais il est moins facile de dire aux dépens de quels éléments ce kyste a pu se développer. On peut se demander s'il ne s'agissait pas d'une dilatation d'une glande pylorique, colossalement agrandie : l'abondance de la mucine dans le premier liquide extrait pourrait peut-être justifier cette opinion. Il est encore permis de se demander s'il ne s'agirait pas d'une sorte de diverticule stomacal, produit par la hernie de la muqueuse de l'estomac. Mais cette hypothèse n'est guère soutenable, car il n'existait aucune dépression en cul de sac au niveau de l'anneau pylorique, et, d'ailleurs, l'examen de la membrane interne du kyste a prouvé qu'il n'y avait pas de glandes ni de revêtement épithélial analogue à celui de l'estomac. Cette membrane est en effet constituée exclusivement par du tissu fibreux ; entre les mailles des faisceaux se voient des amas de cellules embryonnaires mêlées à quelques vésicules adipeuses : c'est en somme du tissu conjonctif aplati et stratifié, sans organisation qui rappelle en quoi que ce soit la structure d'une muqueuse.

Il semble donc plus probable qu'il s'agit d'un kyste hématique formé au voisinage de la petite courbure de l'estomac, dans l'arrière-cavité des épiploons, au sein du tissu conjonctif lâche qui existe en ce point. La paroi conjonctive se sera épaissie à la longue et aura fini par former une coque fibreuse. La difficulté est de comprendre pourquoi cette poche sanguine communiquait, par un pertuis étroit, avec l'anneau du pylore ; sur ce point, l'examen de la pièce ne nous paraît fournir aucune explication plausible.

Au point de vue clinique, ce fait n'est pas moins instructif ; car, tout d'abord, le diagnostic porté par les médecins qui ont vu le malade, a été : gastrite chronique, avec dilatation de l'estomac ; puis on a pensé au cancer, et ce n'est qu'à la

longue, au bout de plusieurs mois, que la probabilité d'un kyste a été admise. On a vu par quelle singulière combinaison de lésions anatomiques ce kyste, qui semblait siéger dans le lobe gauche du foie, était en réalité sous-jacent à ce viscère, et comment le traitement, rationnel en apparence, qui avait été institué, a été en réalité suivi de conséquences désastreuses.

M. HOUEL rappelle qu'il y a des kystes hématiques décrits dans cette région.

M. MALASSEZ croit que l'examen histologique des parois fournira des renseignements précieux.

29. Hypertrophie de la prostate ; valvule vésicale et replis semi-lunaires de la muqueuse uréthrale, fausses routes ; ponction de la vessie ; par OCT. GUELLIOT, interne des hôpitaux.

Ser... employé, 78 ans, avait depuis quelque temps un peu de difficulté pour uriner, lorsque, le 15 Février, il fut pris à la suite d'un refroidissement d'une rétention complète d'urine. Le médecin qu'il consulta essaya de le sonder ; mais il ne put parvenir dans la vessie et le cathétérisme eut pour résultat l'écoulement d'une notable quantité de sang par l'urèthre. Depuis ce temps, le malade n'a rendu que de faibles quantités d'urine, par regorgement.

Le 20, il entre à la Charité où on le met par erreur dans une salle de médecine. Le lendemain 21, il passe dans le service de M. le Professeur GOSSELIN. L'interne de garde essaye vainement d'introduire une sonde en gomme, et par une ponction aspiratrice de la vessie, retire 1400 grammes d'urine.

Le lendemain, M. Gosselin tente de nouveau le cathétérisme. La sonde de Beniqué et la sonde à bout olivaire, guidées par le doigt introduit dans le rectum, sont arrêtées sous la symphyse pubienne, avant d'arriver à la prostate dont on constate nettement l'hypertrophie. On essaye alors d'une bougie fine qui pénètre plus avant, mais ne peut franchir le col vésical ; voilà l'obstacle dans la région membraneuse (rétrécissement ou fausse route), il en existe donc un autre dans la région prostatique. Comme la vessie remonte à l'ombilic et qu'il est nécessaire d'évacuer l'urine, M. Gosselin plonge au-dessus du pubis un trocart courbe et il s'écoule environ 1000 gr. de liquide. La canule est laissée en place et maintenue au moyen de deux liens fixés à un bandage de corps ; on a soin de ne pas trop tendre ces liens, afin que l'extrémité de l'instrument ne con-

tusionne pas la muqueuse vésicale et, toutes les deux heures, on débouche la canule pour permettre au malade d'uriner. Dans la journée, l'urine devient sanguinolente et il s'écoule du sang par le méat.

Le 23. Ser., qui était déjà très-affaibli au moment de son entrée à l'hôpital, s'affaisse de plus en plus ; la température reste normale, mais le pouls est à 120. Lavages de la vessie à l'eau tiède.

Le lendemain, le malade est somnolent T, 37°; P. 120. Le soir, un peu d'agitation, mouvements de carphologie ; mort dans la nuit.

AUTOPSIE.— Les organes thoraciques ne présentent rien à noter, à part des plaques cartilagineuses à la surface d'un des poumons, indice d'une pleurésie ancienne qui a laissé des adhérences dans toute la hauteur de la plèvre correspondante.

Urèthre : Sang coagulé occupant le canal depuis le méat jusqu'au collet du bulbe ; à ce niveau, déchirure de l'urèthre longue de un centimètre, large de 4 à 5 millimètres, intéressant la muqueuse de la face inférieure et le tissu spongieux sous-jacent.

Prostate : Hypertrophie moyenne occupant les lobes latéraux et n'étant pas assez prononcée pour arrêter une sonde. Mais, au niveau du col vésical, il y a une valvule bien nette, transversale, située à 2 centimètres en avant du muscle des urètres; cette valvule est molle, musculaire, sans trace de tissu glandulaire ; mais, ce qu'elle présente de spécial, c'est que, en se soulevant, elle entraîne la muqueuse uréthrale et le frein du verumontanum, de sorte qu'il s'est formé deux replis muqueux, analogues à des valvules semi-lunaires dont la concavité regarde en avant, dont la base répond au col ; l'extrémité externe se perd sur les lobes latéraux de la prostate, tandis que l'interne se réunit à celle du côté opposé au niveau du frein du verumontanum, qui est très saillant. La région prostatique se trouve ainsi terminée, du côté de la vessie, par deux cavités, sorte de nids de pigeon pouvant admettre l'extrémité d'une sonde. Ces cavités sont lisses, tapissées par la muqueuse ; celle de gauche est prolongée par une fausse route incomplète jusque sous la muqueuse vésicale, qui, en ce point, est ecchymosée. Sur les côtés du verumontanum, on aperçoit, en outre, les orifices très dilatés de quelques glandules prostatiques.

Vessie : La muqueuse est vascularisée, avec des ecchymoses disséminées. Colonnes musculaires et cellules de petite dimension ; deux ou trois ulcérations superficielles

dont l'une paraît correspondre à l'extrémité de la canule. Il n'y a pas trace de la ponction capillaire. Sur le trajet du trocart courbe, il ne s'était encore formé aucune adhérence et, sur la face antérieure de la vessie, dans le tissu cellulaire rétro-pubien, il s'est fait, dans une étendue de quelques centimètres seulement, une infiltration de liquide brunâtre analogue à celui que contenait la vessie lors de son ouverture.

L'urètre et le bassinot, du côté droit, sont remplis d'une bouillie verdâtre contenant une grande quantité de globules rouges, quelques leucocytes et des cellules d'épithélium plat. De ce côté, le bassinot est très vascularisé. Les deux reins sont fortement congestionnés. L'examen microscopique, fait au laboratoire de la Charité, a montré que les lésions se localisent exclusivement dans l'épithélium devenu granuleux, emplissant complètement la lumière du canalicule et ayant subi en certains points, surtout dans la substance corticale, une dégénérescence graisseuse.

RÉFLEXIONS.— L'examen de l'urètre a expliqué pourquoi les grosses sondes s'arrêtaient dans la région membraneuse, tandis que celles de petit calibre pouvaient pénétrer jusque dans la région prostatique ; mais l'entrée de la vessie leur était interdite par la présence d'une valvule et surtout des deux replis que nous avons signalés.

Au bout de trois jours, il n'y avait encore aucune trace d'adhérences sur le trajet de la canule ; il eût donc été imprudent de remplacer celle-ci par une sonde en gomme, comme le conseille Malgaigne ; puisque, forcément plus petite, elle eût laissé filtrer l'urine entre elle et les parois du trajet.

La cause de la mort paraît devoir être plutôt cherchée dans la résorption de l'urine, soit au niveau de la déchirure de l'urètre, soit dans le tissu cellulaire ante-vésical, que dans l'altération des reins qui, en somme, n'était pas encore très avancée. M. Gosselin pense que, dans des cas semblables, il faut faire jouer un certain rôle au mélange du sang et de l'urine, ce qui constituerait un liquide doué peut-être de propriétés septiques spéciales. Ajoutons, que ces différentes causes ont agi d'autant plus rapidement que le malade était dans de mauvaises conditions d'âge et de santé antérieure.

30. Carcinome colloïde du cœcum. Mort par obstruction intestinale ; par L. JAGOT, externe des hôpitaux.

Dans le courant de décembre dernier, la femme Victorine X..., âgée de 36 ans, entre dans le service de M. BLACHEZ, avec tous les symptômes d'une obstruction intestinale. Cette femme, marchande des quatre saisons, n'a jamais eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde vers l'âge de 20 ans, elle a eu quatre enfants bien portants, mais elle accuse quelques habitudes alcooliques.

Depuis environ une année, elle s'est beaucoup amaigrie, elle a eu fréquemment des vomissements bilieux ou alimentaires, des périodes de constipation alternant avec une diarrhée de plusieurs jours. Cette constipation rebelle cédait cependant, toujours, à la suite de purgatifs répétés et de lavement à la glycérine. Quinze jours environ avant son entrée, cet état s'était assez aggravé pour la forcer à garder le lit ; les purgatifs cette fois n'avaient amené que quelques selles molles ou filiformes peu abondantes. Elle n'a jamais remarqué dans ses selles ni sang, ni matières noires.

Le jour de son entrée, malgré une selle abondante, évacuée la veille, elle présentait tous les symptômes de l'occlusion, vomissements, facies abdominal, poulx filiforme, coliques intenses, ventre extrêmement ballonné ; on voyait les anses intestinales se contracter sous la paroi abdominale.

Rien d'ailleurs du côté des anneaux.

Par le toucher rectal, on sentait la saillie du fond de l'utérus pressant sur l'intestin et expliquant l'état rubané des matières fécales que signale la malade.

A la suite de purgatifs et de lavements à la glycérine, la malade eut le 1^{er} janvier une véritable débâcle, 10 selles copieuses dans la journée. Elle avait eu la veille des vomissements fécaloïdes emplissant deux cuvettes.

Les vomissements cessèrent et l'état s'améliora, à ce point que la malade demanda sa sortie le 15 janvier.

Le diagnostic porté avait été, occlusion intestinale incomplète siégeant sur le gros intestin ou le bout inférieur de l'intestin grêle. L'abondance des vomissements et l'extrême ballonnement du ventre justifiaient ce diagnostic de siège ; quant à la cause de l'occlusion elle ne fut pas précisée et ne pouvait l'être en effet, comme nous le verrons.

La malade rentra au commencement de février présentant les mêmes symptômes que la première fois ; elle eut encore quelques jours meilleurs à la suite du même traitement. Le 15 février, on observa un œdème du membre inférieur

droit et un empâtement du côté de la fosse iliaque. Ces symptômes firent pencher le diagnostic vers une tumeur cancéreuse de l'intestin. La malade succomba le 21 février.

AUTOPSIE. Le cadavre était fortement amaigri. Les poumons étaient légèrement congestionnés. Le lobe supérieur du poumon gauche présentait un infarctus du volume d'une noix environ.

Le cœur était très petit, ses parois pâles et peu épaisses. C'était tout à fait le cœur des états cachectiques.

Le foie volumineux, extrêmement gras, présentait les caractères de la stéatose péri-lobulaire. La vésicule biliaire contenait une bile épaisse dans laquelle flottaient deux calculs de la grosseur d'un dé à jouer.

L'intestin grêle, fortement dilaté, gris bleuâtre, cachait absolument le gros intestin. Vers la partie inférieure de l'abdomen, on voyait sur la convexité des anses intestinales un rare semis de granulations transparentes ressemblant à des tubercules crus.

En soulevant les anses intestinales, on trouve profondément, dans la fosse iliaque droite, le cœcum englobé dans une tumeur cancéreuse. Cette tumeur était limitée à l'intestin et fut facilement détachée de la paroi, elle comprend tout le cœcum et l'appendice iléo-cœcal, la valvule et une très petite partie de l'intestin grêle, le tout formant environ le volume du poing. Le calibre de l'intestin admet difficilement le petit doigt. Le mésentère est semé, sur un quart environ de son étendue, de petites nodosités cancéreuses d'une grosseur variant entre une tête d'épingle et une petite noisette.

Le gros intestin est aplati, absolument vide et considérablement diminué de volume.

Quelques ganglions mésentériques sont tuméfiés et contiennent une substance ayant l'apparence du mastic.

Les ovaires sont également semés de petites tumeurs cancéreuses. Rien à la rate, aux reins, à la vessie, au cerveau.

Voici l'analyse histologique qu'en a bien voulu faire M^r le Docteur Latteux.

Analyse histologique. Les pièces ayant été durcies par les procédés habituels (alcool, gomme picriquée, alcool à 40°) des coupes ont été pratiquées en divers points.

L'examen a porté sur la tumeur de l'intestin proprement dit et sur la généralisation dans le mésentère et l'ovaire.

1° *Intestin.* On observe sur une section perpendiculaire à la surface : a. Des travées de tissu conjonctif, lâches, et très irrégulières, formant des alvéoles de capacité très variable, et présentant dans l'épaisseur de leurs parois de petits

noyaux allongés. *b.* Dans l'intérieur, une substance amorphe, granuleuse, d'apparence colloïde, tenant en suspension un grand nombre de cellules. *c.* Cellules : elles sont de formes très variées, généralement volumineuses et contiennent un noyau assez gros se colorant énergiquement par le picrocarminate. La coloration paraît d'autant plus accentuée que le protoplasma de la cellule, en voie de dégénérescence graisseuse, ne prend aucune teinte. Notons enfin que les alvéoles du carcinome présentent, en plus, d'abondantes granulations graisseuses dispersées sans ordre dans la masse colloïde.

2° *Mésentère.* Considérablement épaissi, il montre ses faisceaux conjonctifs écartés par le développement d'un tissu colloïde, analogue à celui que nous venons de décrire, mais à mailles plus petites et dans un état de régression moins avancé. Le tissu adipeux de la région est, en plusieurs points, le siège de proliférations conjonctives abondantes.

3° *Ovaire.* Nous avons retrouvé les mêmes lésions dans l'ovaire à un degré moins avancé.

4° *Foie.* Cet organe ne présentait aucune trace d'envahissement. Il était en état de dégénérescence graisseuse. Les cellules globuleuses renfermaient des gouttelettes huileuses, le noyau avait disparu.

RÉFLEXIONS. Nous ferons remarquer : 1° Qu'ici, comme dans la plupart des cancers du cœcum, la valvule iléo-cœcale est prise. 2° Que la tumeur située profondément et recouverte par les anses dilatées et presque jamais en contraction de l'intestin grêle, ne pouvait être sentie pendant la vie, à la palpation. 3° Que la marche relativement lente de l'obstruction est peu en rapport avec l'étroitesse extrême de l'intestin, constatée à l'autopsie.

31. Gliome des noyaux centraux et de la protubérance chez une enfant de 4 ans; par SAVARD, interne des hôpitaux.

Le 29 janvier dernier, la nommée Louise Les..., âgée de 4 ans et demi, a été conduite à l'hôpital des enfants, dans le service de M. ARCHAMBAULT. Voici quels sont les renseignements qu'on nous a donnés sur cette enfant : Elle était d'une bonne santé habituelle jusqu'à ces six derniers mois; à cette époque, elle a été atteinte de convulsions qui se sont répétées à intervalles plus ou moins éloignés, et ont été suivies quelquefois de vomissements; on s'aperçut en même temps que son bras gauche devenait un peu faible, et que la marche était pénible. Il y a six semaines environ, à la suite

d'attaques convulsives, la paralysie s'est accentuée brusquement et est devenue à peu près complète.

Lorsqu'on examine la malade au moment de son entrée, on constate que l'hémiplégie est des plus accentuées; elle occupe tout le côté gauche, le bras soulevé retombe inerte; la jambe peut cependant exécuter quelques légers mouvements. A la face, la paralysie se voit très nettement. La commissure labiale est abaissée à gauche, la bouche tirée du côté opposé, et la langue déviée à gauche; les traits de ce côté sont effacés, l'orbiculaire des paupières est intact; il n'y a pas d'inégalité des pupilles. La sensibilité est conservée; lorsqu'on fait une piqure sur le bras ou la jambe paralysés, la malade se plaint et cherche à se protéger avec la main droite.

Il n'y a pas de fièvre, mais une grande prostration; l'auscultation de la poitrine fait entendre des râles sibilants et ronflants dans les deux poumons, vers la base surtout. Comme traitement on prescrit 0,50 centigr. d'iodure de potassium.

2 février. La malade vomit plusieurs fois dans la journée; son état n'a pas changé, la paralysie est toujours aussi marquée.

4 février. Sans cause appréciable il survient une kérato-conjonctivite très intense de l'œil droit, c'est-à-dire du côté opposé à la paralysie.

Dès le lendemain, la cornée commence à s'ulcérer; l'injection périkeratique est très vive.

La malade est très abattue et éprouve une gêne notable de la respiration; des râles sous-crépitants s'entendent dans toute la hauteur des deux poumons; il y a une congestion hypostatique très étendue.

7 février. On constate pour la première fois de la contracture dans les membres paralysés, principalement dans le membre supérieur.

9 février. La contracture n'a pas cessé, les troubles respiratoires sont plus accusés et l'ulcération de la cornée est plus profonde et plus étendue.

11 février. La malade est dans le coma; la respiration est embarrassée, de petits mouvements convulsifs agitent par moments le bras gauche, la face est cyanosée, de plus, on remarque aux paupières, surtout à la droite, du côté où siège l'ulcération cornéenne, une dilatation veineuse considérable. La mort survient à 11 heures du matin, quelques instants après la visite.

Les symptômes que nous venons d'indiquer, convulsions,

vomissements, paralysie du côté gauche, avaient fait penser à l'existence d'une tumeur cérébrale siégeant dans l'hémisphère droit, car, chez l'enfant, les tumeurs du cerveau et l'hémorragie méningée, sont les deux causes les plus habituelles de l'hémiplégie. Comme, dans le jeune âge, les tumeurs cérébrales sont ordinairement constituées par des tubercules, on s'était arrêté à cette dernière opinion. Quant au siège, on l'avait placé dans les noyaux centraux, et on croyait que la tumeur devait s'étendre jusque vers la base, à cause des signes de compression directe qui étaient apparus dans les derniers jours de la vie (troubles trophiques de la cornée, obstacle au cours du sang dans la veine ophthalmique du côté opposé à la paralysie).

AUTOPSIE. — Après avoir ouvert le crâne et fendu la dure-mère, on constate que le liquide céphalo-rachidien s'écoule en plus grande abondance qu'à l'état normal; mais les méninges se détachent facilement et paraissent tout à fait saines; on ne peut y découvrir de tubercules. Lorsqu'on examine le cerveau par sa face inférieure, on voit qu'il y a une asymétrie très prononcée des deux hémisphères; en effet, les circonvolutions de la base du côté droit sont atrophiées par suite de la compression exercée sur elles par une énorme tumeur qui paraît occuper une grande partie de l'hémisphère correspondant. Cette tumeur n'est pas isolée de la substance cérébrale; elle englobe la couche optique, le corps strié, et fait une saillie considérable dans les ventricules latéraux, jusqu'en haut, près du corps calleux qui est un peu soulevé. Son volume peut être évalué à celui d'un gros œuf de poule. A la base, elle refoule en dehors les circonvolutions et fait une saillie arrondie, qui ne se distingue pas par sa couleur de la substance cérébrale et se continue sans limites précises avec elle; la bandelette optique de ce côté est tirillée et aplatie. La protubérance, dans toute sa partie droite, est également envahie par le tissu morbide; elle est singulièrement déformée et offre un volume remarquable; à sa partie supérieure, appliquée à la face inférieure du cerveau, se trouve une languette triangulaire formée par un prolongement de la tumeur. (Un dessin que nous avons inséré dans l'album de la Société rendra mieux compte de cette disposition.)

La consistance de la tumeur est assez ferme, ce qui permet de la distinguer au toucher de la substance cérébrale. Une coupe pratiquée par son milieu montre que les noyaux du corps strié ont conservé à peu près leur aspect normal, mais sont comme dissociés par la masse morbide au milieu de laquelle ils sont plongés. La section de la partie supé-

rieure de la moelle permet de constater une dilatation très marquée du canal central.

Telles sont les dispositions que présente la tumeur. Quelle en est la nature? Evidemment elle n'est pas constituée par un tubercule; son volume énorme, son aspect, sa couleur, font plutôt penser à un gliome. C'est en effet ce que prouve l'examen histologique qui a été fait par M. Cossy.

32. Pneumonie d'allure bâtarde chez un syphilitique.
Lésions circonscrites de l'autre poumon (gommes ?); par A. ROBERT, interne des hôpitaux.

Sieur Emile, 43 ans, entré le 3 février à l'hôpital Cochin, salle Saint-Philippe, n° 15, service de M. Bucquoy.

Antécédents héréditaires, nuls. *Antécédents personnels*, pas de scrofule pendant l'enfance.

Fièvre typhoïde à 20 ans. A 23 ans, syphilis, étant au régiment. En tout cas, il y a 10 ans, il eut à la suite d'une blennorrhagie des ulcérations disséminées sur toute la surface tégumentaire. Quoi qu'il en soit de l'époque exacte de la syphilis, il n'a jamais été traité régulièrement. Depuis trois mois, il présente de nouvelles ulcérations dont nous reparlerons plus loin. Malgré tout, sa santé générale n'était pas trop mauvaise et il n'a pas maigri récemment. Il est malade depuis le 26 janvier, mais ne s'est alité que le 28. Au début, nous notons un frisson, des vomissements, une toux rare et sèche, pas d'expectoration ni de point de côté.

A l'entrée, le malade paraît fortement touché; les yeux sont caves et sans expression, les joues amaigries et plaquées de rouge, la voix cassée; le malade a peu d'initiative et ne songerait pas à se plaindre si l'on ne l'interrogeait. La peau est sèche, la température à 39°,6.

Le malade porte, disséminées sur la peau du dos, de la poitrine, et surtout des membres inférieurs, des cicatrices oblongues, arrondies, blanchâtres, au niveau desquelles le derme est visiblement déprimé (ecthyma ancien). A la racine de la cuisse, il y a des cicatrices plus récentes et encore pigmentées.

Enfin, la région poplitée gauche présente des ulcérations irrégulières, tourmentées, rougeâtres, entamant profondément la peau et d'où s'écoule un liquide visqueux et clair. En un mot, ces lésions ont tout à fait l'apparence de gommes en voie d'évolution.

Du côté de l'appareil respiratoire, dyspnée modérée.

En arrière, au-dessus de la partie moyenne du poumon droit, submatité dans l'étendue de quelques centimètres carrés, souffle bronchique et bronchophonie. Augmentation des vibrations thoraciques. Au sommet gauche, matité avec résistance au doigt et faiblesse respiratoire. En avant, tonalité élevée sous la clavicule droite, transmission des bruits du cœur, plus bas, submatité et crépitation très fine analogue à du froissement pleural. Pas d'expectoration.

En raison de l'état général le diagnostic fut pneumonie du sommet chez un malade cachectique de par une syphilis maligne et peut-être même pneumonie tuberculeuse (lésions du sommet gauche).

4 février. T. A. 40° le matin. 40°,4 le soir.

Il y a quelques râles crépitants dans l'aisselle droite. *Traitement.* Pot.-iod. 8 gr., pas de traitement spécifique à cause de l'état général.

5 février. 39° le matin, 39°,8 le soir.

Les signes d'induration pneumonique s'étendent à tout le tiers supérieur du poumon droit. Toujours pas d'expectoration. Même état général.

6 février. 39°,6 le matin. 40°,2 le soir.

7 février. 39° le matin. 40°,6 le soir.

Pour abréger l'histoire assez monotone du malade, disons que, jusqu'au 10 février, sans modification de l'état général, la température se tint constamment au-dessus de 39°. A partir du 10, elle s'abaisse entre 38° et 39°. Quant à l'état local, c'étaient toujours les signes d'une induration pneumonique ayant gagné la moitié supérieure du poumon droit, sans cependant présenter une matité absolue, mais le souffle était très accusé et jamais on ne constatait de râles. L'expectoration faisait également totalement défaut, et le malade étant surveillé à ce point de vue, on peut affirmer qu'il ne s'en produisait pas.

15 février. Au soir, 38°,2.

16 février. La température se relève brusquement à 40°,2 le matin et 40°,8 le soir.

17 février. On constate quelques gros râles sous-crépitaux du côté de l'aisselle droite. Le malade rend ce jour-là trois ou quatre crachats assez singuliers d'aspect; ils sont très visqueux, sans aucune bulle d'air; gris jaunâtres, avec des filaments noirs irréguliers, assez semblables à ceux que renferment souvent les vomissements dans le cancer de l'estomac. Frappé de ce caractère et de l'aspect singulièrement visqueux des crachats, on émet pour la première fois l'idée que ces lésions pulmonaires, d'allure si bizarre, pourraient bien être syphilitiques. Examinés au microscope, ces cra-

chats n'ont montré qu'une quantité considérable de leucocytes et de granulations graisseuses, pas de fibres élastiques qu'on y a cependant cherchées avec soin. Les petits corpuscules noirs sont du pigment amorphe analogue à celui du poumon.

18 février. Le malade rend encore un seul crachat ayant les mêmes caractères. Une cuillerée de sirop de Gibert, mais il la vomit. Malgré un pansement approprié (onguent napolitain), les gommes du creux poplité ne sont pas en voie de guérison.

19 février. Les signes stéthoscopiques n'ont pas beaucoup changé; il y a quelques râles sous-crépitants dans la fosse sous-épineuse et en dehors, du côté de l'aisselle; souffle et timbre creux au niveau de la racine des bronches. Le malade s'affaisse de plus en plus. Pas d'expectoration. Succombe le 21 février.

AUTOPSIE le 23 février. — *Appareil respiratoire.* La plus grande partie de la plèvre droite est dépolie et présente des néo-membranes tout à fait molles et récentes, dont l'enlèvement a été des plus faciles. Fendu dans toute sa hauteur, le poumon droit présente l'aspect suivant: au sommet, dans le tiers supérieur, apparence de structure aréolaire, les alvéoles semblant s'être vidées, en partie, d'un exsudat qui y aurait été infiltré.

A la partie moyenne, induration encore assez marquée, le tissu plonge dans l'eau; il a une coloration grise uniforme tachée de petits points jaunes, un filet d'eau y démontre la présence de petites cavités, des dimensions d'une lentille et très anfractueuses. Au tiers inférieur de l'organe, l'induration est moins marquée et la coloration presque normale, quoiqu'un peu plus rouge, car il y a un peu de congestion, sur laquelle tranchent des points d'un gris jaune pâle. Tout à fait à la base, le dépôt du tissu pathologique devient plus cohérent. Nulle part on ne découvre de tubercules bien caractérisés, nulle part de granulations grises. Les ganglions sont un peu pigmentés et légèrement hypertrophiés.

A gauche, quelques adhérences faciles à briser au sommet; plus bas, il n'y a plus d'adhérences.

Le sommet ne présente pas la moindre lésion tuberculeuse, mais à 7 ou 8 centimètres au-dessous, nous trouvons une néo-membrane jaunâtre et molle recouvrant une surface de 4 à 5 centimètres carrés et répondant à la présence d'un noyau sous-jacent qui, à la coupe, nous montre à côté de parties jaunâtres encore fermes, une cavité irrégulière et

anfractueuse, remplie d'une bouillie gris jaunâtre, un peu gommeuse, très semblable à la matière expectorée du vivant du malade. Pas de limitation inflammatoire récente ou ancienne de la lésion. On passe sans transition des régions malades aux parties saines de l'organe.

A côté de ce noyau, il en existe deux autres des dimensions d'une noisette, encore cohérents et résistants aux doigts. A la coupe, c'est tout à fait l'aspect aréolaire du sommet droit. Plus en dehors, existe un dernier foyer morbide du volume d'une grosse noix, toujours avec le même aspect. Inférieurement, quelques filaments néo-membraneux faciles à arracher à la base, ainsi que dans la région postérieure de la plèvre médiastine.

A la partie intérieure et inférieure du lobe supérieur, en avant et du côté du médiastin, une coloration jaune apparaît sous la plèvre un peu sculevée, à ce niveau, avec des stries vasculaires. C'est un dernier noyau du volume d'une noisette; il est en partie ramolli à son centre où l'on trouve à la coupe une bouillie grisâtre avec des détritits de tissu pulmonaire et quelques granulations pigmentaires.

Reins. Congestionnés; aspect grasseyés de la substance corticale. *Cœur* petit et revenu sur lui-même; sans lésions d'orifices. Pas de lésions syphilitiques appréciables du *foie*. Rien à l'*intestin*.

Nous nous abstenons de toute réflexion sur ce cas singulier, en l'absence d'une note histologique détaillée qui sera remise prochainement, les pièces n'étant pas encore prêtes pour un examen approfondi.

33. Syphilis cérébrale. — Paralysie du moteur oculaire externe à droite. — Déviation conjuguée; par G. BALLET, interne des hôpitaux.

Perrin Louis, 52 ans, cocher, entré le 27 février, à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Charles n° 3, service de M. le D^r PROUST.

Bonne santé habituelle. — A l'âge de 25 ans, étant militaire, a contracté un chancre induré de la verge, accompagné de maux de gorge, — aurait séjourné pendant 2 mois seulement à l'hôpital militaire de Besançon.

Il y a 2 ans, le malade a ressenti de vives douleurs au bras. Ces douleurs, qui d'ailleurs, n'étaient pas plus fortes la nuit que le jour, ont cessé il y a quatre ou cinq mois, mais elles ont été remplacées par de la céphalalgie. Cette céphalalgie occupe le pourtour et le sommet de la tête et s'accompagne d'une sensation vive de froid.

Il y a deux mois, se sont déclarés petit à petit des symptômes nouveaux : vertiges, difficulté à mouvoir les yeux, faiblesse dans le côté gauche. Tous ces symptômes sont allés en augmentant jusqu'au 3 mars.

Etat actuel (3 mars). — Céphalalgie aussi intense le jour que la nuit, générale et continuelle; plus forte à la région frontale, sans prédominance d'un côté. — Vertiges, qui fatiguent beaucoup le patient. Il ne peut se lever ou même se tenir assis sur son lit, parce que, dans ces différentes attitudes, la tête lui tourne immédiatement. Lorsque le malade se réveille la nuit, ces vertiges se reproduisent aussitôt. Du côté des yeux, on constate les symptômes suivants : quand le malade regarde les objets placés à une certaine distance, il les voit doubles. L'examen des muscles de l'œil nous montre qu'il existe une paralysie du *muscle droit externe* à droite et du *droit interne* à gauche.

En effet P** est dans l'impossibilité de porter l'œil droit en dehors et l'œil gauche en dedans. Il y a une véritable déviation conjuguée des yeux à gauche, qui devient évidente lorsqu'on porte le doigt vers la droite en ordonnant au malade de suivre celui-ci du regard.

En même temps que ces symptômes oculaires, on constate ce qui suit du côté de la motilité de la face et des membres. Il existe une hémiplegie gauche totale mais incomplète. La commissure des lèvres à gauche est un peu flasque, légèrement abaissée et moins mobile que celle de droite. Le malade dit que les muscles de ce côté de la face sont « plus raides » que ceux du côté opposé; et il éprouve de la difficulté à les contracter. — Le membre supérieur gauche est beaucoup plus faible que le droit, sans être complètement paralysé. Le dynamomètre donne en effet 25 à gauche et 45 à droite.

Bien que le malade puisse se tenir debout et sur un seul pied (droit ou gauche), il est manifeste que le membre gauche inférieur, comme le supérieur, jouit d'une force beaucoup moins grande que le membre droit.

Pas de troubles de la sensibilité. — 17 mars. L'état du malade s'est beaucoup aggravé depuis quelques jours. L'hémiplegie est devenue complète sans contracture. *Etat subcomateux.* Apparition d'un anthrax à la fesse gauche.

25 mars. Mort dans le coma.

AUTOPSIE. — Nous remettons à la Société anatomique 3 schémas qui, mieux que toutes les descriptions, rendront un compte exact des lésions encéphaliques observées chez notre sujet. On trouvera ces schémas dans l'album de la so-

ciété. Au reste les lésions observées ont été les suivantes :

Pas d'altérations cérébrales. Les seules lésions constatées dans le système nerveux central sont des lésions de la protubérance.

Sur une coupe rasant la partie supérieure de la protubérance, nous constatons ce qui suit : à *gauche*, deux ou trois petites tumeurs dans le tissu protubérantiel, ayant le volume d'une lentille. Ces tumeurs n'occupent que la partie la plus supérieure de la protubérance et ne pénètrent pas dans sa profondeur : à *droite*, tumeur volumineuse, irrégulièrement circulaire, ayant environ un centimètre 1/2 de diamètre. Cette tumeur, que l'examen microscopique nous montre appartenir à la catégorie des syphilomes, s'étend en hauteur depuis la partie supérieure de la protubérance jusque vers sa partie inférieure, c'est-à-dire jusqu'à la partie moyenne du plancher du 4^e ventricule. Sous ce plancher, elle forme une saillie légère qui décèle à la fois et la présence et l'étendue de la tumeur.

Le durcissement défectueux du mésocéphale ne nous a pas permis d'examiner les rapports de cette tumeur sur des coupes transparentes. Mais, en se reportant aux schémas que nous avons figurés et déposés dans l'atlas de la Société anatomique, on pourra juger assez exactement du siège et des connexions du néoplasme. Nous avons figuré 3 coupes occupant l'une la partie supérieure, l'autre la partie moyenne, la troisième un point situé à 9 millimètres à la partie inférieure de la protubérance. Sur ces trois coupes, on verra que la tumeur se développe en quelque sorte en fuseau, de haut en bas, plus large en effet et plus volumineuse sur la coupe 2, (coupe moyenne), que sur les coupes 1 et 3 (supérieure et inférieure). Le néoplasme occupe assez exactement la partie moyenne de la moitié droite du plan de dehors de la protubérance. Il se dirige un peu obliquement de haut en bas et de dedans en dehors. En effet, la distance qui, sur la coupe inférieure, sépare la tumeur du raphé médian est plus considérable que sur la coupe supérieure. On pourra d'ailleurs, d'après les dimensions suivantes, juger de la situation exacte du néoplasme sur chacune des coupes,

1. Distance de la tumeur au plan antérieur de la protubérance.

a. C. supérieure : 1 centimètre.

b. C. moyenne : 8 millim.

c. C. inférieure : 1 centim. en dedans; 7 millim. en dehors.

2. *Distance de la tumeur au plan postéro-supérieur de la protubérance.*

- a. C. supérieure : 8 millim.
- b. C. moyenne : 7 millim.
- c. C. inférieure : 7 millim.

3. *Distance de la tumeur au plan latéro-externe de la protubérance.*

- a. C. supérieure : 4 millim.
- b. C. moyenne : 2 et 3 millim.
- c. C. inférieure : 1 millim. 1/2 et 2 millim.

4. *Distance de la tumeur au raphé médian.*

- a. C. supérieure : 2 millim.
- b. C. moyenne : 2 et 5 millim.
- c. C. inférieure : 6 et 7 millim.

RÉFLEXIONS. — Tout l'intérêt de l'observation précédente résulte du siège de la tumeur et de la déviation conjuguée du droit externe et du droit interne du côté opposé. C'est un cas à ajouter à ceux qui ont été publiés par M. Graux (thèse de Paris, 1878), et qui tendent à établir, de par la pathologie, l'existence de fibres unissantes entre le noyau bulbaire du moteur oculaire externe d'un côté, et le noyau du moteur commun du côté opposé.

M. DE BEURMANN. Il serait désirable que, dans ces cas, l'examen des yeux fut fait à l'aide des verres colorés, seul bon procédé pour reconnaître les paralysies complexes, surtout lorsqu'il s'agit de faits sur lesquels on cherche à fonder une théorie des mouvements associés des globes oculaires.

34. Note sur un cas de myocardite interstitielle primitive, chez une femme de 23 ans, chloro-anémique. Mort par gangrène des extrémités et ramollissement cérébral. Aphasie. Autopsie. Embolie de la sylvienne gauche, de la tibiale du même côté et de la pédieuse du côté droit. Infarctus des reins. Rétrécissement de tout le système artériel. Caillots intra-cardiaques, conséquences de la myocardite ; par J. DEJERINE, chef de clinique de la Faculté.

La nommée X... cuisinière, âgée de 23 ans, entre à la Charité le 7 janvier 1880, salle Sainte-Anne, n° 3, service de M. le professeur HARDY.

Pas d'antécédents héréditaires à signaler, rien de par-

ticulier comme antécédents personnels, la malade est à Paris depuis 2 ans et n'a commencé à être malade qu'il y a 6 mois environ. Aucune maladie antérieure.

A cette époque, elle remarqua qu'elle se fatiguait facilement, qu'elle avait de l'essoufflement au moindre effort, cet état augmenta peu à peu et força la malade à entrer à l'hôpital. Elle fit un séjour d'un mois à la salle Sainte-Anne, pour sa chloro-anémie qui était très-intense lors de son entrée, décoloration extrême de la peau et des muqueuses, souffle continu avec renforcement dans les vaisseaux du cou, souffle systolique très net à la base du cœur.

La malade présentait en outre une éruption de psoriasis, marquée surtout sur la poitrine et le dos, et pendant les premiers jours de son séjour à l'hôpital, elle fut atteinte d'une lypémanie assez prononcée, et présenta sur toute la surface du corps, une analgésie assez marquée, accident relevant chez elle de l'hystérie, affection existant depuis assez longtemps, ainsi que le démontre une hyperesthésie ovarienne, encore assez marquée du côté gauche.

Sous l'influence du traitement par le fer, du repos, de la nourriture, les phénomènes nerveux disparurent en même temps que la chloro-anémie devenait de moins en moins marquée ; et la malade quitta le service, à la fin de décembre 1879, à peu près guérie de sa chloro-anémie, mais présentant toujours sur le corps son psoriasis, ce dernier étant même beaucoup plus accusé qu'à l'entrée de la malade, phénomène qui, comme le faisait souvent remarquer M. Hardy à la clinique, est commun à beaucoup de maladies de la peau, qui sont d'autant plus florissantes sur le sujet qui en est porteur que ce dernier est doué d'une vigoureuse santé.

Huit jours après avoir quitté l'hôpital, la malade revint et demanda à entrer de nouveau dans la salle, le 7 janvier 1880. Elle rentra en se plaignant d'éprouver des symptômes d'un ordre tout différents de ceux qu'elle avait éprouvés jusque-là. Le 4 janvier, dit-elle, elle fut prise à la suite d'une espèce d'étourdissement, sans perte de connaissance, d'une parésie légère du bras et de la jambe du côté droit ; en même temps, elle éprouva une douleur assez vive, au niveau du cou-de-pied du côté gauche.

Etat actuel. — La malade, assez vigoureusement constituée, présente des signes de chloro-anémie assez accusée : décoloration de la peau, des muqueuses, essoufflement, souffle continu très fort avec renforcement dans les vaisseaux du cou ; souffle systolique très net à la base du cœur. Les différents viscères, poumons, foie, ne présentent rien

d'anormal, le cœur, en particulier, ne présente pas de trace de lésion valvulaire, il n'est pas augmenté de volume, les valvules mitrales et tricuspides fonctionnent normalement, de même pour les valvules sigmoïdes, l'auscultation ne fait entendre aucun bruit anormal autre que le souffle anémique de la base signalé plus haut. Rien de particulier dans l'urine.

Parésie droite très légère portant sur le bras et la jambe, rien du côté de la face ; cette parésie s'accompagne d'une anesthésie et d'une analgésie assez marquées du même côté. Rien du côté des sens spéciaux. Rien du côté de l'expression du langage, pas de trace d'aphasie. La malade se plaint d'une douleur vive paraissant siéger au niveau de l'articulation tibio-tarsienne et surtout des articulations métatarso-phalangiennes du pied gauche, cette douleur est exaspérée par la moindre pression, au point de faire pousser des cris à la malade. Pas d'œdème des extrémités. Hyperesthésie ovarienne toujours assez marquée, surtout à gauche. La douleur persiste toujours sur le dos du pied gauche ; le pied est plus froid que celui opposé, la peau est aussi plus blanche ; au niveau du scaphoïde on constate l'existence d'une tache violacée de deux centimètres de diamètre.

10 janvier. — La tache ecchymotique a augmenté, il y en a en outre une deuxième sur la face externe du gros orteil, ainsi que sur les 3^e et 4^e orteils. La face dorsale du pied est toujours froide, les douleurs spontanées toujours très-vives et la moindre pression les rend intolérables. On ne sent pas les battements de la pédieuse. L'examen du cœur ne dénote rien d'anormal, à part le souffle systolique de la base.

12 janvier. — La coloration violette se prononce davantage sur tout le dos du pied et sur la face externe, le pied droit commence à son tour à être le siège de vives douleurs, comme pour le pied gauche, au voisinage des articulations métacarpo-phalangiennes ; on y constate l'existence de quelques taches marbrées.

15 janvier. — L'état du pied gauche va toujours en s'aggravant ; quant au pied droit, tout en étant toujours très douloureux, il ne présente plus rien d'anormal, la coloration violacée des premiers jours a disparu. Les douleurs sont un peu moins intenses. Phlyctènes de la grosseur d'une noisette sur le cou-de-pied et le bord externe du pied gauche.

22 janvier. — La veille au soir, vers 8 heures, la malade a ressenti une douleur assez vive dans la région frontale du côté gauche, et, en même temps, des fourmillements dans le bras droit. A la visite du matin, on constate l'exis-

tence d'hémiplégie du côté droit avec aphasie. L'hémiplégie est flasque, sans trace de contracture, elle est complète, porte sur la moitié droite de la face, sur le bras et la jambe du même côté. La commissure labiale gauche est tirée en haut et en arrière, la malade ne peut faire exécuter le moindre mouvement à son bras ou à sa jambe. La sensibilité est un peu altérée, il y a un certain degré d'anesthésie et d'analgésie. Rien du côté des sens spéciaux. Aphasie complète, la malade a perdu absolument la faculté d'exprimer ses idées par la parole : à toutes les questions, elle répond, din, din, din, din.

31 janvier. — Même état, l'hémiplégie est toujours aussi marquée ainsi que l'aphasie. Outre le mot din din, la malade dit non, en réponse à toutes les questions. La face du pied gauche est couverte d'une large eschare occupant toute la face dorsale, la face interne et remontant un peu au-dessus du cou-de-pied.

6 février. — L'eschare a envahi tout le pied gauche qui a une coloration noirâtre (gangrène sèche ;) à droite, l'eschare est beaucoup plus limitée, elle n'occupe guère que les orteils et remonte à quelques centimètres au-dessus des articulations métatarso-phalangiennes sur la face dorsale du pied. L'hémiplégie droite est toujours aussi marquée, l'aphasie persiste toujours au même degré. La sensibilité est un peu diminuée du côté de l'hémiplégie, mais cette diminution est à peine accusée.

8 février. — Depuis deux jours, l'état général qui jusqu'alors avait été passable, alla en s'affaiblissant, l'appétit disparut peu à peu, la malade tomba dans un état d'affaiblissement qui augmenta de jour en jour, et succomba le 10 février 1880.

AUTOPSIE. — Cœur. Volume normal, mais flasque et à myocarde décoloré. Le sillon interventriculaire de la face antérieure ainsi que le bord droit du cœur contiennent une certaine, quantité de graisse sous le péricarde viscéral. Quelques traces de péricardite sous l'oreillette droite, à sa partie antérieure et latérale. Il n'existe pas d'insuffisance aortique. La valvule mitrale ne paraît pas altérée. Pas de rétrécissement mitral ni d'insuffisance, il y a cependant sur la partie extérieure de la valvule droite une petite plaque laiteuse. On trouve dans la cavité du ventricule, cavité de volume normal, peut-être un peu dilatée, en arrière du pilier droit de la mitrale, dans le point où les cordages tendineux de ce pilier s'insèrent à la valvule, entre ces cordages tendineux et les parois de la valvule, plusieurs petits caillots (3), du volume d'un petit haricot à celui d'une lentille ; ces caillots qui forment des prolongements entre les

piliers de 3^e ordre, sont jaunâtres, durs, adhérents à l'endocardie formés de fibrine disposée en couches concentriques et très dure. (Point de départ des accidents emboliques.) Le ventricule droit non dilaté, contient un caillot volumineux récent, l'oreillette en a un aussi, plus ancien mais non adhérent. La paroi du ventricule droit est très amincie, surtout à la pointe elle atteint à peine 0^m 0027 d'épaisseur avec une couche graisseuse qui la recouvre en ce point. Le myocarde tout entier est très altéré, couleur feuille morte très marquée, surtout au niveau de la partie postérieure du sillon interventriculaire. L'aorte thoracique est notablement rétrécie, elle admet au plus l'introduction du petit doigt, il en est de même de la crosse de l'aorte, de l'aorte thoracique, et de toutes les artères qui présentent une diminution notable de leur calibre. Pas de plaques scléreuses sur les parois.

Poumon droit. Congestion et œdème du lobe inférieur; Léger degré d'emphysème des bords antérieurs. — *Gauche.* Rien de particulier si ce n'est un petit foyer d'apoplexie siégeant sur le bord tranchant de la base.

Foie. Le foie pèse 1400 grammes. Volume normal, mou, flasque, s'affaisse sur la table. Dégénérescence graisseuse très prononcée de tout le foie. Pas de calculs dans la vésicule.

Estomac. Ecchymoses très nombreuses au niveau de la grande courbure et du grand cul-de-sac.

Rate. Un peu petite; pas d'infarctus.

Rein, droit. Présente plusieurs infarctus, un surtout qui occupe un 1/3 de la face antérieure de l'organe, et plusieurs autres plus anciens, du calibre d'une noisette tout au plus. — *Gauche.* Au niveau du bord inférieur deux cicatrices noirâtres, signes d'anciens infarctus. La substance corticale est en état de tuméfaction trouble assez marqué.

Intestins. Rien de particulier, à part un certain degré de psorentérie.

Utérus. Col de nullipare. Rien de particulier.

Cerveau. On trouve une embolie de la sylvienne du côté gauche siégeant à l'origine même de l'artère; le caillot a environ deux centimètres de longueur, jaune, dur, adhérent, envoie des prolongements à l'origine des branches de l'artère.

En décortiquant le cerveau, on constate du côté de l'hémisphère gauche, l'existence d'un ramollissement cortical occupant le pied des frontales et pariétales ascendantes ainsi que la partie postérieure de la 3^e frontale, occupant également la partie antérieure du lobule pariétal inférieur

et siègeant aussi sur le tiers supérieur de la frontale ascendante ainsi que sur la partie antérieure du lobule paracentral. Le lobule de l'insula est également ramolli.

Coupe préfrontale. Sur cette coupe on trouve le commencement du foyer de ramollissement siègeant principalement sur la partie de l'hémisphère sous-jacent aux deux circonvolutions frontales internes.

Coupe pédiculo-frontale. Le ramollissement occupe toute la partie supérieure de la face interne de cette coupe, et détruit par conséquent le faisceau pédiculo-frontal supérieur. Il coupe également le faisceau pédiculo-frontal moyen et le faisceau pédiculo-frontal inférieur, et détruit le noyau lenticulaire et la capsule interne à ce niveau-là. Le noyau caudé est également touché à sa partie supérieure.

Coupe frontale. Même lésion que sur la coupe précédente, mais plus considérable. La frontale ascendante est prise jusque sous les méninges : les faisceaux pédiculo-frontaux moyens et inférieurs sont altérés ; la capsule externe et l'avant-mur ont disparu. Le noyau lenticulaire est très altéré ; enfin la capsule interne et la couche optique à ce niveau sont ramollis. Le noyau caudé est également détruit.

Coupe pariétale. La pariétale ascendante est également prise de même que les faisceaux sous-jacents. La lésion occupe le faisceau pariétal supérieur jusque sous le sommet de la pariétale ascendante qui est prise jusqu'à sa superficie. La lésion coupe le faisceau pariétal moyen, le faisceau pariétale inférieur, détruit la capsule externe et l'insula, en touchant encore au noyau lenticulaire, mais en respectant cependant la capsule interne, ainsi que la couche optique ; les deux parties paraissent peu altérées à l'œil nu.

Coupe pédiculo-pariétale. La lésion n'existe plus.

Coupe occipitale. Rien de particulier.

L'hémisphère droit est absolument normal. Dégénération descendante très nette occupant le faisceau pyramidal dans la protubérance, le bulbe et la moelle. Caillot dans la vertébrale gauche, caillot récent, peu adhérent, mais jaune et dur, et de même origine que celui de la sylvienne, mais beaucoup moins ancien.

Membres inférieurs. Gangrène sèche occupant à gauche tout le pied et le 1/3 infér. de la jambe, à droite ne dépassant pas le cou-de-pied. En disséquant les vaisseaux des membres inférieurs, on trouve dans la tibiale antérieure gauche à quelques centimètres, au-dessus du ligament annulaire du tarse, un caillot oblitérant complètement le calibre du vaisseau, caillot adhérent fortement à la paroi

vasculaire, d'un blanc jaunâtre, et dur. Au-dessus de ce caillot on en voit d'autres plus récents, mous, bruns, non adhérents, et remontant jusque dans l'artère fémorale.

A droite, dans l'artère pédieuse, caillot ancien et adhérent.

Examen microscopique. Le cœur a été examiné au microscope, à l'état frais et après durcissement pendant 24 h. dans l'acool absolu.

A l'état frais, on a examiné, par dissociation, la paroi ventriculaire gauche et les piliers de la mitrale. A l'œil nu, ces parties, ainsi que les parois du ventricule droit, ont un aspect spécial, le cœur a une teinte gris-jaunâtre, sur laquelle tranchent des stries d'un blanc jaunâtre, le tissu du cœur est plus ferme que celui d'un cœur atteint de dégénérescence graisseuse, l'examen histologique montre que l'on a affaire à une myocardite interstitielle très avancée. La dissociation de petits fragments montre, après l'action du picro-carmin, une prolifération conjonctive extrêmement abondante, au sein de la substance musculaire. Ce tissu conjonctif de nouvelle formation, est déjà organisé, à fibrilles serrées et aplaties les unes contre les autres; sur certains points le processus est un peu moins avancé; on voit des cellules allongées, munies d'un noyau, mais nulle part on ne trouve d'éléments embryonnaires. Dans les piliers de la mitrale, qui sont sillonnés de stries blanchâtres, la lésion est encore plus avancée et la dissociation presque impossible. Les fibres musculaires respectées par l'altération, traitées par l'acide osmique, ne montrent pas la moindre granulation graisseuse dans leur intérieur.

Examen après durcissement. Coupes colorées au picro-carmin et montées dans la glycérine. Sur les préparations ainsi obtenues, on se rend très bien compte de la topographie de l'altération. Le tissu conjonctif est disposé en îlots disséminés au sein de la masse musculaire, qu'il dissèque, les fibres musculaires sont détruites peu à peu par compression, et l'on peut suivre les différentes phases de leur disparition. Dans la partie basilaire de la mitrale, la lésion est un peu plus accentuée, sur certains points il n'y a plus trace de tissu musculaire, on ne voit que du tissu conjonctif.

L'endocarde et le péricarde ne présentent point au microscope d'altérations manifestes.

RÉFLEXIONS. Les caillots intra-cardiaques du ventricule gauche ont été le point de départ des accidents observés chez cette femme, et l'intérêt de cette observation, unique peut-

être en son genre, consiste dans l'existence d'une myocardite interstitielle très accusée, développée sans cause connue, chez une jeune femme chloro-anémique. C'est évidemment à la myocardite qu'il faut rattacher la production de ces concrétions sanguines, nous avons vu en effet, que l'endocarde était partout dans un degré remarquable d'intégrité, et que partant il ne pouvait être mis en cause. Mais, si nous recherchons la pathogénie de cette myocardite scléreuse, nous ne trouvons aucune affection antérieure capable de l'expliquer, cette femme n'avait jamais eu aucune maladie quelconque, ni fièvres éruptives, ni fièvre typhoïde, elle était atteinte seulement de chloro-anémie très intense depuis assez longtemps, et son système artériel présentait le rétrécissement que Virchow a signalé dans cette affection. Nous ne voyons dans le cas actuel, que l'anémie à laquelle puisse être attribuée l'altération du cœur, altération plus fréquente dans cette affection, qu'on ne le croit généralement, et à laquelle doivent être rapportées les souffles d'insuffisance mitrale qu'il n'est pas rare de rencontrer chez les anémiques, souffles qui relèvent tantôt d'altérations parenchymateuses du muscle cardiaque, d'ordre généralement curable; tantôt, et alors le pronostic est autrement sérieux, elles ne sont que la conséquence d'une myocardite interstitielle plus ou moins avancée. L'observation actuelle est un exemple de la possibilité de ce genre d'altération cardiaque, dans la chloro-anémie, et partant, nous avons cru devoir la publier, afin d'attirer l'attention des observateurs, sur cette altération particulière du cœur, chez les chloro-anémiques.

35. Notes sur un cas d'hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens spéciaux avec hémichorée post-hémiplégique, chez une femme de 49 ans, ancienne hystérique, atteinte d'affection cardiaque. Mort par pneumonie. Autopsie. Intégrité absolue du cerveau et de la capsule interne; par J. DEJERINE, chef de clinique de la Faculté.

La nommée Boujat, Joséphine, âgée de 47 ans, rempailleuse, entre à la Charité le 18 janvier 1880, salle Sainte-Anne, n° 16.

Antécédents de famille. Mère et sœur aînée mortes de maladie de cœur. Père mort d'une attaque d'apoplexie.

Antécédents personnels. Rhumatisme articulaire il y

a une vingtaine d'années. Pas de syphilis, migraines fréquentes. Accidents nerveux consistant en attaques de nature probablement hystérique. Iritis chronique.

L'affection pour laquelle la malade entre à l'hôpital a commencé à se manifester six mois avant son entrée. A cette époque, elle eut pendant plusieurs semaines des fourmillements dans les bras et la jambe droite, des maux de tête, des vertiges. Elle avait de la peine à parler ; il y avait certains mots qu'elle ne pouvait prononcer (aphasie) ? Les accidents paralytiques survinrent un matin sans que la malade perdît connaissance. Un matin, au moment de se lever, la malade constata l'impossibilité de se servir de ses membres du côté droit. L'hémiplégie, à ce qu'elle raconte, était complète, portait sur les membres et la face qui était fortement déviée à gauche. A ce moment, elle avait de l'œdème des membres inférieurs. Au bout de huit jours, la malade put se lever et commencer à marcher, mais avec difficulté. Il y a deux mois, nouvelle attaque de paralysie à droite, sans perte de connaissance.

Etat actuel. Femme d'apparence plutôt chétive, amaigrie, léger œdème périmalleolaire. La malade est atteinte d'hémi-anesthésie droite, affectant les sens spéciaux aussi bien que la sensibilité générale, s'accompagnant d'hémichorée et d'un certain degré d'hémiplégie motrice. Pas de paralysie faciale apparente. Force musculaire diminuée du côté droit. La marche est cependant possible quoique difficile. Elle marche sans faucher. Le bras est plus pris que la jambe. Les deux mains au repos sont atteintes d'un léger tremblement beaucoup plus marqué du côté droit, de ce côté ce n'est pas à un tremblement véritable que l'on a affaire, mais bien plutôt à des mouvements désordonnés des doigts et de la main, mouvements choréiques s'exagérant considérablement lorsque la malade veut exécuter un mouvement. Dans l'accomplissement de cet acte, il y a une telle exagération des mouvements choréiques, que la malade ne peut arriver à prendre un objet devant elle. Rien de semblable du côté gauche.

Pas de mouvements choréiques appréciables de la jambe droite.

Sensibilité. Normale à gauche sous ses différents modes. A droite, absence de la sensibilité tactile sur les membres, le tronc et la face. Analgésie presque complète. anesthésie complète. Sensibilité à la température à peu près abolie. Abolition du réflexe des deux tendons rotuliens.

Sens spéciaux. *Vue.* Le Dr Landolt ayant bien voulu examiner cette malade nous a remis la note suivante :

Examen ophtalmoscopique. Pupilles étroites, égales, ne réagissant pas sous l'influence de la lumière. Réagissant sous l'influence de la coloration. Mouvements conservés. *Œil gauche* (côté sain). Acuité visuelle 4/10.

Accommodation : Amplitude d'accommodation ; 5 dioptries (normale). L'œil gauche distingue toutes les couleurs ; champ visuel normal pour le blanc. Perception des couleurs normales, visibles dans leur ordre habituel.

Œil droit (côté de l'hémi-anesthésie). Compte les doigts à 40 centimètres seulement. Acuité visuelle 1/100. La lettre qui doit être vue à 50 mètres, n'est visible qu'à 50 centimètres.

Couleurs. Toutes les couleurs sont distinguées, le bleu cependant est le plus vite reconnu. Bleu visible à 60 centimètres, rouge à 40 centimètres, vert à 30 centimètres, jaune orange à 45 centimètres, jaune clair à 50 centimètres. C'est toujours le bleu qui fait l'impression la plus vive, le vert la moins vive. Le champ visuel extraordinairement rétréci concentriquement.

Examen ophtalmoscopique. Pour l'œil droit. Légère opacité du cristallin. Moitié externe de la papille du côté droit plus pâle que la moitié externe de la papille du côté gauche. La tension intraoculaire est un peu diminuée des deux côtés.

Pas de synéchies à l'œil droit, un peu d'opacité du cristallin.

Cristallin plus transparent du côté droit.

Œil gauche. De nombreuses synéchies maintiennent le bord de la pupille au bord antérieur du cristallin. Papille grisâtre dans sa moitié externe avec staphylome postérieur.

Odorat. Aboli du côté droit. La malade ne perçoit de ce côté aucune espèce d'odeur (assa-fœtida, essence de roses). — *Oùie.* Est également abolie du même côté. La malade ne perçoit pas les battements d'une montre appliquée à un centimètre de son oreille.

Le goût est également aboli dans toute la moitié droite de la langue. Les muqueuses aussi bien que la peau sont absolument insensibles. Les sens spéciaux du côté gauche sont intacts aussi bien que la sensibilité générale.

Cœur. Volumineux, bat dans le 5^e espace intercostal ; battements énergiques. Souffle systolique, râpeux à la pointe. De temps en temps bruit de pialement. A la base, souffle également systolique et très râpeux ; pas de souffle diastolique. Diagnostic. Insuffisance mitrale et rétrécissement aortique.

Rien de particulier du côté des différents viscères, sauf un peu d'emphysème pulmonaire.

4 *Février*. Vers quatre heures du matin, en allant au cabinet, la malade est prise d'un frisson violent, presque en même temps apparaît un point de côté, siégeant un peu en dehors du sein droit. Dyspnée intense. Vomissements; crachats pneumoniques, râles sibilants et ronflants dans toute l'étendue de la poitrine; en arrière à droite, râles sous-crépitaux se mêlant aux ronchus bronchiques. Pouls, 120 pulsations.

On administre à la malade du tartre stibié, 20 ventouses sèches sur la poitrine, potion au rhum. Diagnostic. Broncho-pneumonie.

Expectoration moins jaune, fluide, légèrement muqueuse et colorée en brun, langue sèche. Matité en arrière, à droite à la base, on entend profondément quelques râles sous-crépitaux, mais la sibilance domine. 112 Pulsations. Vésicaire en arrière.

6 *Février*. Rétention d'urine; cathétérisme.

7 *Février*. La fièvre augmente et l'état général devient plus mauvais. Dyspnée très prononcée. Matité considérable au sommet droit, en avant et en arrière. Souffle intense. Bronchophonie et retentissement très fort de la toux. Râles sous-crépitaux; pas de crachats. L'urine contient un nuage d'albumine; pas de sucre.

9 *Février*. Même état général. La sensibilité est toujours abolie dans le côté droit; mais les sens spéciaux n'ont pas été examinés. Persistance de l'hémichorée.

10 *Février*. L'état général s'aggrave de plus en plus. Râles trachéaux. Elle meurt dans la nuit du 10 au 11 février 1880.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de la cavité pleurale, il s'écoule de la plèvre droite une certaine quantité (1 litre environ) de liquide séreux. Toute la partie inférieure du poumon droit est refoulée, et toute la cavité pleurale est recouverte de fausses membranes jaunâtres, épaissies, molles, non adhérentes. Cette coque membraneuse acquiert, dans certains endroits une épaisseur de deux centimètres. Pas de liquide dans le péricarde.

Poumon droit. Recouvert de fausses membranes fibreuses très épaisses et non adhérentes; les lobes sont adhérents entre eux, mais se décolent cependant facilement. Pneumonie au stade d'hépatisation rouge occupant le lobe supérieur et le lobe moyen. Le lobe inférieur du même poumon, ne présente aucune trace d'exsudat intra-alvéolaire et présente seulement des traces d'atélectasie.

Pas de caillot dans l'artère pulmonaire. — La muqueuse bronchique est épaissie, d'un rouge brun et recouverte de mucus. Le poumon gauche présente un emphysème peu prononcé des bords antérieurs et congestion oedémateuse, plus marquée au lobe inférieur.

Cœur. Volumineux, 500 grammes. Traces de péricardite ancienne sur la face antérieure. Insuffisance aortique très nette.

Quelques caillots récents dans le ventricule gauche; mais on trouve sur la paroi interventriculaire, au-dessous de la ligne d'insertion des valvules sigmoïdes, un petit caillot d'une grosseur d'une noisette, jaunâtre, dur et très adhérent à la paroi. Pas de rétrécissement mitral. La valvule présente simplement quelques plaques laiteuses et un peu de rigidité de ses parois. Rétrécissement sous-aortique léger; insuffisance aortique très nette. Le ventricule droit est assez dilaté. Pas de lésion de la tricuspide ni de l'artère pulmonaire. Myocarde très altéré, jaunâtre, feuille morte. L'aorte fortement scléreuse au niveau de la crosse, ainsi que dans sa portion thoracique. Plaques scléreuses nombreuses.

Foie. Aspect muscade très net. Sur la coupe on voit de petits points rouges entourés de zones blanchâtres. La mollesse du foie, son aspect luisant à la coupe, montrent qu'il est atteint de dégénérescence graisseuse.

Rate. Rien à noter.

Rein. Pas d'adhérence de la capsule; congestion très intense des étoiles de Verheyen. A la coupe, on constate des altérations du début de la seconde période de la néphrite parenchymateuse. Tuméfaction trouble et dégénérescence graisseuse des épithéliums de la couche corticale qui est passablement augmentée de volume et sur laquelle tranchent des stries vasculaires très prononcées. Rien de particulier du côté de l'utérus.

Intestins. Rien de particulier.

Cerveau. Rien à noter du côté des parois osseuses de la boîte crânienne. Rien du côté de la dure-mère. Les artères de la base ne sont pas scléreuses. Méninges un peu épaissies, mais non adhérentes. En séparant les hémisphères l'un de l'autre, il s'écoule une certaine quantité de liquide, conséquence de l'hydropisie ventriculaire. Ventricules latéraux et moyens manifestement dilatés. Rien à noter du côté des circonvolutions aussi bien sur la face externe qu'au niveau de l'insula. Aucune lésion superficielle appréciable.

Les circonvolutions occipitales ne présentent pas de traces d'altérations.

EXAMEN DES COUPES. — *Coupe préfrontale.* Rien de particulier. — *Coupe pédiculo-frontale.* Rien de particulier, l'insula, la capsule interne, le noyau caudé, sont normaux. Rien du côté des faisceaux pédiculo-frontaux.

Coupe frontale. Rien de particulier, même état d'intégrité de la partie antérieure des capsules interne et externe, du noyau caudé et lenticulaire, de l'avant-mur et de la masse blanche. — *Coupe pariétale.* Rien de particulier. La partie postérieure de la capsule interne est dans un état remarquable d'intégrité ainsi que les ganglions. — *Coupe pédiculo-pariétale.* Rien à noter. — *Coupe occipitale.* Rien de particulier.

Hémisphère droit. Aucune lésion. Le bulbe et la protubérance, le cervelet, ne présentent pas d'altération à l'œil nu, la moelle épinière a son canal passablement dilaté.

L'observation que nous rapportons ici, est intéressante à plus d'un titre, étant donné le résultat négatif de l'autopsie. Cette malade était un type d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, son âge, le mode de début des accidents, l'existence d'une affection cardiaque, firent penser à l'existence chez elle d'une lésion de la partie postérieure de la capsule interne; ce diagnostic ne fut toutefois posé qu'avec réserves, car il existait chez cette malade des antécédents de nature hystérique, très nets, remontant à plusieurs années. De plus, cette femme étant atteinte de pneumonie, à laquelle elle succomba, on ne vit pas sous l'influence de la maladie intercurrente, disparaître son hémianesthésie, ainsi que cela a lieu d'habitude chez les hystériques (Charcot). L'hémianesthésie et l'hémichorée persistèrent jusqu'à la mort. L'existence d'une lésion cardiaque très accusée avait contribué à faire supposer une altération matérielle des conducteurs de la sensibilité. L'autopsie, en nous faisant constater l'intégrité absolue de la capsule interne, nous montra, une fois de plus, qu'il est à peu près impossible, chez la femme, de faire le diagnostic entre l'hémianesthésie hystérique et l'hémianesthésie de cause cérébrale.

36. Rapport sur la candidature de M. Leloir au titre de membre-adjoint; par J. DEJERINE, chef de clinique de la Faculté.

Parmi les nombreuses communications que M. Leloir a faites à la Société anatomique, quelques-unes méritent particulièrement d'attirer l'attention.

Signalons en passant un cas de ramollissement cérébral siégeant dans les régions antérieures du cerveau et accom-

pagné néanmoins d'eschares précoces ; un cas curieux de malformation congénitale du membre supérieur gauche (le moulage et le squelette sont déposés au musée Dupuytren) ; une observation d'ulcération tuberculeuse de la langue, tendant à la guérison après l'arrachement du chicot aigu contre lequel elle frottait ; un cancer latent de la plèvre et du poumon ; un cas intéressant de dilatation bronchique avec pneumonie chronique et gangrène pulmonaire, etc.

Deux observations surtout me paraissent devoir être désignées à votre attention. La première de ces observations a pour titre : *Néphrite interstitielle chronique, avec foyers purulents développés primitivement dans le rein. Œdème de la glotte, trachéotomie, mort.*

Il s'agit d'une femme de 34 ans, atteinte depuis plusieurs années de néphrite interstitielle (œdème, phénomènes d'urémie latente, albuminurie passagère). Cette malade meurt en quelques jours d'œdème de la glotte, malgré une trachéotomie pratiquée au moyen du thermo-cautère, par M. le Dr Berger, dans le service de M. le professeur Vulpian. (Voir la discussion de la Société de Chirurgie, 2 octobre 1878.)

A l'autopsie, on put constater que les deux reins étaient atteints de néphrite interstitielle des plus caractérisée (atrophie, induration du parenchyme, adhérence de la capsule, état granuleux de la surface du rein, etc.). Mais, outre la lésion précitée, la substance rénale présente des altérations remarquables que rien n'avait pu faire prévoir pendant la vie. Elle est creusée d'une multitude de cavités anfractueuses, pleines d'un pus jaune-verdâtre, constitué, comme le montre l'examen microscopique, par de nombreux globules de pus, quelques globules rouges altérés, quelques cellules épithéliales en dégénérescence graisseuse, des granulations. Ce pus ne contenait ni cristaux d'acide urique, ni bâtonnets.

Toutes ces petites cavités se trouvent situées à environ 3 à 4 millimètres de la surface du rein. Leur volume varie entre celui d'un petit pois et celui d'une noisette ; elles sont creusées dans l'épaisseur du parenchyme rénal, bridées par des colonnes charnues et dépourvues de parois propres. Plusieurs communiquent entre elles par des conduits anfractueux. Elles ne communiquent en aucun point avec le bassinets. Les reins ainsi altérés rappellent un poumon de phthisique, creusé d'une multitude de petites cavernes. Les bassinets, les uretères, la vessie sont absolument sains.

L'examen histologique détaillé des reins ainsi altérés permet de constater, outre les lésions ordinaires de la né-

phrite interstitielle, que toute la substance du rein est en quelque sorte en dégénérescence kystique ; cette formation kystique se fait aux dépens des tubes contournés et aussi des glomérules. Outre les innombrables kystes microscopiques de la région corticale, on trouve plus profondément des kystes, moins nombreux, mais plus volumineux, formés aux dépens des tubes collecteurs. Quelques-uns de ces kystes sont vides, la plupart contiennent des masses granulo-graisseuses ou de la substance colloïde. En plusieurs points, on peut voir 2, 3, 5 kystes et plus se fusionner par amincissement progressif et disparition ultime de leurs parois. Par endroits, on rencontre de grandes cavernules à parois plus ou moins anfractueuses. Entre elles et les kystes précités, on peut suivre histologiquement tous les passages. Les parois de ces cavernes sont constituées par le parenchyme rénal, plus ou moins altéré par le tissu conjonctif envahissant. En certains points, on voit de petits kystes s'ouvrir dans ces cavernules. Ces cavités sont parfois vides, mais, le plus souvent, elles sont pleines de détritits granulo-graisseux et, plus fréquemment, de globules de pus. Elles ne contiennent pas de cristaux d'acide urique, ni de parasites. Les artères sont atteintes d'inflammation chronique.

Cette observation constitue un exemple remarquable de suppuration primitive du rein dans le cours d'une néphrite interstitielle. En effet, l'absence totale d'altérations dans la vessie, les uretères et les bassinets ; la non-communication des cavernules purulentes avec les bassinets, l'absence de pus dans l'urine pendant la vie, ne permettent pas de songer à une néphrite suppurée par propagation d'une inflammation des organes sécréteurs de l'urine au rein. L'absence totale de calculs, soit macroscopiquement, soit microscopiquement, fait également rejeter l'hypothèse d'une néphrite calculeuse suppurée. Devant le manque complet d'embolies ou de foyers métastatiques dans tous les autres organes, devant l'aspect spécial des cavernules purulentes, l'on ne peut émettre l'idée d'embolies ou de foyers métastatiques. Ce n'est pas là non plus une néphrite tuberculeuse, car l'on ne peut constater macroscopiquement ni microscopiquement la moindre trace de tubercules dans les reins et les voies urinaires ou dans les autres viscères.

Nous sommes, sans aucun doute, en présence d'une suppuration primitive et en foyers du rein, survenue dans le cours d'une néphrite interstitielle. Or, la suppuration dans le cours de la néphrite interstitielle est des plus rares et ne se rencontrerait même jamais, pour la plupart des auteurs :

il n'en est pas fait mention dans Lecorché, Lanceraux, le cours de M. Charcot, ni dans la thèse d'agrégation de M. Rendu. Toutefois, la suppuration primitive des reins, quoique rare, ne doit pas être rejetée d'une façon absolue. Cruveilhier signale l'inflammation suppurative des kystes séreux du rein. L'on trouve dans Rayer (tome III, page 513) que « lorsque les kystes séreux des reins s'enflamment, l'humeur qu'ils contiennent se trouble et devient lactescente par suite de son mélange avec le pus. Cette inflammation des kystes séreux est bien rarement primitive; le plus souvent, elle a lieu dans le cas de néphrite générale, cas dans lesquels l'inflammation envahit non seulement la substance rénale, mais encore les kystes développés dans son épaisseur... » Comme on le voit, il s'agit ici encore de l'inflammation primitive des « kystes séreux. » Le fait que nous venons de relater permet d'admettre que les mêmes données sont applicables aux kystes microscopiques de la néphrite interstitielle. Rosenstein (page 314) fait remarquer, à propos de la « néphrite diffuse » que « l'on rencontre parfois dans les reins atrophies des collections purulentes, aussi bien dans la couche corticale que dans la couche des pyramides, notamment dans les atrophies rénales produites par un obstacle mécanique au cours de l'urine dans les conduits excréteurs. »

L'observation de M. Leloir constitue donc un remarquable exemple de formation primitive de foyers purulents dans un rein atteint de néphrite interstitielle. M. Leloir pense qu'à un moment donné les innombrables kystes microscopiques qui criblaient le parenchyme rénal, ouverts ou non les uns dans les autres, se sont enflammés. Ainsi se seraient formées les cavernules purulentes. Tel fut aussi l'avis du D^r Malassez.

La 2^e observation est intitulée : *Monoplégie brachiale droite produite par une plaque de méningite gommeuse située sur la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante gauche*. Il s'agit d'un homme de 52 ans, mort en novembre 1878 dans le service de M. Vulpian. Ce sujet contracta, il y a 15 ans, une syphilis des plus nettes. Bien portant depuis plusieurs années, il est pris, en 1874, de maux de tête violents qui précèdent de plusieurs mois un engourdissement progressif, avec amaigrissement du bras droit, survenu sans autre prodrome. En un jour environ, la monoplégie brachiale droite était complète. La face et le membre inférieur du côté correspondant ont toujours été absolument intacts. Jamais le malade n'aurait eu dans le membre paralysé de convulsions ni de contractures; le

membre droit était notablement atrophie. Pas de troubles dans la sensibilité.

A l'autopsie, on constate sur l'hémisphère gauche, au niveau de sa partie moyenne, à environ 5 millimètres de la grande scissure interhémisphérique, une plaque de méningite gommeuse environ du diamètre d'une pièce de 50 centimes, épaisse de plusieurs millimètres. Cette plaque de méningite gommeuse adhère intimement à la substance cérébrale. Elle se trouvait située au niveau du tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante, à peu près à 5 millimètres de la grande scissure interhémisphérique.

Nous avons donc eu affaire dans ce cas à une paralysie du membre supérieur seul, produite par une plaque de méningite gommeuse siégeant au niveau du tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante du côté opposé. Ce fait doit être joint aux observations de Huguenin, Pierret, Raymond, Jackson, Raynaud, Monod, de Boyer, Bourdon, Chuquet, Oudin, Ringrose, etc, citées dans la thèse de Henri de Boyer et d'après lesquelles il résulte que c'est surtout sur la frontale ascendante que l'on doit placer le centre des mouvements isolés du bras, ainsi que l'a dit M. Charcot. Mais l'observation de M. Leloir n'est pas complètement d'accord avec l'opinion de MM. Charcot et Pitres, pour lesquels le centre des mouvements isolés du membre supérieur siégerait vers le tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante, ni avec celle de Hitzig, qui place ce centre dans la partie moyenne de cette circonvolution.

Elle se rapproche plutôt de l'opinion de Ferrier, pour lequel le centre moteur du bras siégerait plus haut, c'est-à-dire au niveau du point de jonction de la frontale ascendante avec la circonvolution pariétale supérieure.

37. Rapport sur la candidature de M. Desnos au titre de membre-adjoint de la Société anatomique; par M. Paul SEGOND, professeur.

Parmi les intéressantes présentations que M. Desnos a faites à la Société anatomique, j'appellerai particulièrement votre attention sur l'une d'entre elles, qui a trait à un cancer primitif des voies biliaires. Vous vous rappelez sans doute, qu'il s'agissait d'un sujet relativement peu avancé en âge, d'une femme de 44 ans, dont l'histoire clinique peut être résumée en peu de mots. La mère a succombé à un cancer de l'utérus; elle-même a eu dans sa jeunesse de nombreuses manifestations arthritiques, et fut atteinte à plusieurs reprises de rhumatisme polyarticulaire,

puis d'éruptions d'eczéma survenant à intervalles irréguliers. Toutes ces manifestations ont cessé de se produire il y a 10 ans environ.

Deux ou trois ans après, éclatent des coliques hépatiques dont la durée et l'époque d'apparition sont difficilement précisées, mais qui semblent avoir cessé pendant 3 ou 4 ans pour reparaître, il y a 2 ans, avec une intensité plus grande. Ces accès se sont renouvelés à époques irrégulières jusqu'au mois de septembre dernier : ils acquirent alors une violence inaccoutumée, puis d'autres symptômes apparurent : l'ictère, jusque-là transitoire, devint permanent, l'appétit disparut, des nausées, des vomissements, au début plus rares, se montrèrent après chaque repas ; les selles prirent une coloration grisâtre et les urines, rares, offrirent une coloration de plus en plus foncée. Les douleurs changèrent de caractère, les accès s'éloignèrent, mais une pesanteur, une tension douloureuse de la région hépatique tourmenta la malade, sans relâche, dès ce moment.

C'est alors que, l'amaigrissement s'étant prononcé de plus en plus, la malade entra à l'hôpital. Le diagnostic s'imposait sur un point ; on était en présence d'une obstruction des vois biliaires. En effet, aux symptômes fonctionnels que je viens de vous rappeler, se joignaient des signes physiques de la plus grande netteté. Le foie, dont la percussion était douloureuse, remontait jusqu'à la troisième côte et dépassait en bas le rebord costal de deux travers de doigt. On sentait en outre, à ce niveau et en avant, une tumeur arrondie, douloureuse, qui ne pouvait être que la vésicule biliaire distendue. Mais d'autres symptômes relevaient moins directement d'une simple obstruction des voies biliaires, et un épanchement ascitique assez considérable, une dilatation légère des veines sous-cutanées abdominales, joints à l'amaigrissement rapide et à l'état cachectique de la malade, devaient faire supposer qu'un obstacle, qu'un néoplasme obstruait à la fois les canaux excréteurs de la bile et la veine porte. La marche de la maladie vint donner raison à cette dernière hypothèse : la cachexie s'accrut, l'ascite augmenta et la malade mourut après six semaines de séjour à l'hôpital. Pendant les derniers jours, s'était manifesté un symptôme important : je veux parler d'accès de fièvre intermittente mais non périodique.

Vous avez pu, ici-même, constater les lésions les plus diverses : la vésicule biliaire, très distendue et remplie de calculs, adhérait au niveau de son col au pancréas, et cette masse se prolongeait jusqu'au hile du foie : mais, un examen attentif permettait de reconnaître au niveau de la par-

tie initiale du canal cholédoque, une tumeur de la grosseur d'une noix englobant la veine porte et l'artère hépatique, et adhérent simplement à la tête du pancréas dont le tissu était normal. Le foie était très volumineux, parsemé de noyaux blanc jaunâtre, ramollis à leur centre, très abondants, laissant seulement entre eux des ponts de tissu hépatique normal; mais, ce qui frappait le plus vivement l'attention était la dilatation énorme des conduits biliaires, dont le calibre, au niveau du hile, était au moins égal à celui de la crosse aortique. Ces canaux étaient remplis de calculs irrégulièrement cuboïdes vers le hile, ramifiés et moulés sur les conduits biliaires dans l'intérieur de la glande. Deux abcès volumineux, l'un dans le lobe droit, l'autre sous le centre phrénique, présentaient un contenu différent: dans l'un, parfaitement limité, du pus à peu près pur; l'autre, sous-péricardique, communiquait avec des conduits biliaires, et on voyait surnager des paillettes de cholestérine à la surface d'un liquide verdâtre. Enfin, le péricarde était distendu par trois cents grammes environ d'un liquide grisâtre, mélangé de grumeaux abondants: la séreuse pariétale et viscérale, offrait un aspect tomenteux, mais, sur aucun point, on ne découvrait de masses cancéreuses, non plus que de perforation ou d'ulcération au niveau du centre phrénique. Ajoutons que l'examen histologique a permis de constater une dilatation notable des canalicules biliaires, dont les uns ne contiennent qu'une seule couche de cellules cylindriques de revêtement, les autres, deux ou plusieurs, et que, dans ces derniers, les cellules du centre ont perdu leur caractère épithélial, et sont dégénérées, en un mot épithélioïdes.

Je n'aurai pas à insister longuement sur les détails de cette observation pour en faire ressortir tout l'intérêt. Les lésions qui vous ont été présentées sont assurément connues et on trouve d'assez nombreux exemples mentionnés dans les Bulletins de la Société. Mais il importe de faire remarquer combien il est rare de trouver réunies, dans les pièces analogues, des lésions aussi nombreuses et aussi variées: nous en avons cherché un exemple. Mais il ne s'agit pas ici d'une simple coïncidence et nous devons chercher à établir leur dépendance mutuelle et trouver le lien qui les unit.

En jetant un coup d'œil sur une coupe du foie et en face de cette abondance de tissu carcinomateux qui a presque entièrement absorbé le tissu hépatique, on doit se demander si ce n'est pas là la lésion initiale. Le cancer primitif du foie, admis par Frerichs et plusieurs autres auteurs, nié ou du moins mis en doute par d'autres, se présente avec des

caractères assez nets que M. Rendu, se basant surtout sur une pièce présentée par M. Fourestier à la Société en 1874, a établis dans l'article Foie du Dict. encycl. La surface de section est transformée en une substance blanchâtre ou jaunâtre, ramollie ou pulpeuse dans ses parties centrales, tantôt recouverte par une lame de tissu hépatique, tantôt faisant saillie à la surface de l'organe. Tout au contraire, dans le cancer secondaire, le foie est comme farci de tumeurs multiples, sous formes d'îlots de grandeur différente, de couleur blanche plus ou moins sale, les unes profondes, d'autres faisant à la surface une saillie hémisphérique, déprimée en cupule vers le centre. D'après ces caractères, le cancer hépatique a dû se développer secondairement, et si, maintenant, nous envisageons le canal cholédoque, nous trouverons dans la portion initiale de ce conduit, une masse cancéreuse peu volumineuse, mais qui ne permet pas de douter du point de départ du néoplasme. D'ailleurs l'examen microscopique vient démontrer que, dans l'intérieur même du parenchyme hépatique, c'est encore par les conduits biliaires que le cancer a envahi la glande, et on voit successivement les cellules de revêtement se multiplier, perdre leur caractère épithélial jusqu'à ce que nous les retrouvions agglomérées dans les parois des points les plus altérés.

Le cancer primitif des voies biliaires, mentionné pour la première fois par Durand-Fardel en 1838, n'est plus une rareté pathologique, et il est rare qu'on n'observe pas dans ces cas, une propagation au foie ; ordinairement la lésion secondaire l'emporte en étendue sur l'élément carcinomateux primitif qui consiste quelquefois en un simple noyau perdu dans les parois de l'appareil biliaire. Aussi, en parcourant les Bulletins de la Société anatomique, est-on frappé du petit nombre de cas de cancers des voies biliaires, et en même temps de la fréquence des cancers primitifs du foie. N'y a-t-il pas lieu de se demander, quand on remarque surtout que l'état des voies biliaires n'est pas toujours signalé, si l'examen a été suffisant et si la lésion première n'a pas échappé à l'observation.

On signale comme une coïncidence fréquente de l'obstruction des voies biliaires, la présence de calculs ; mais il est difficile ordinairement d'établir si la lithiase est primitive ou consécutive : or, dans l'observation qui précède, l'histoire de la maladie permet de supposer qu'il existait des calculs, longtemps avant le développement du néoplasme. Quelle influence les deux affections ont-elles exercée l'une sur l'autre ? Ce n'est qu'avec les plus grandes réserves,

croyons-nous, qu'il faut admettre que la présence des calculs dans l'appareil biliaire ait pu en favoriser la dégénérescence. En revanche, on comprend facilement que la stagnation de la bile, chez un sujet déjà prédisposé à la formation de calculs, ait pu être la cause d'une production considérable, comme dans le cas précédent. Ces calculs en effet, remplissant complètement les canaux, se moulant sur les dernières ramifications et conservant l'empreinte de toutes leurs subdivisions, constituent une rareté pathologique.

C'est aussi à la présence de ces calculs qu'il faut rattacher l'apparition des abcès. Leur production, tardive croyons-nous, a dû coïncider avec les accès de fièvre, avec les frissons que la malade a présentés dans les derniers jours. Le développement de masses cancéreuses nous paraît complètement indépendant de ces poussées inflammatoires, qui ne sont autres que l'aboutissant ultime d'une périangiocholate d'origine calculeuse. Quant à la péricardite qui est restée essentiellement latente, qu'aucun symptôme ne pouvait faire découvrir, la cause en paraît évidente et il a suffi d'inciser le centre phrénique pour découvrir une masse purulente considérable : il n'y avait aucun noyau cancéreux dans la cavité séreuse, et la lésion, purement inflammatoire, s'est, selon toute probabilité, propagée à travers le diaphragme par la voie lymphatique.

38. Rapport sur les mémoires présentés pour le prix Godard (année 1873); par le Dr de SINÉTY.

La commission chargée de décerner le prix Godard pour 1878, composée de MM. Debove, Hanot, Reclus, Terrillon et moi, a examiné les mémoires présentés à cette intention. Je viens, comme rapporteur, vous faire part de sa décision et la soumettre à votre approbation.

Tout en regrettant qu'il n'y ait qu'un concurrent, nous sommes heureux de rendre justice au mérite de ce concurrent, et de reconnaître la valeur et l'intérêt des mémoires qu'il a soumis à notre examen.

Ces notes et mémoires, au nombre de 5, se rapportent à divers points de l'anatomie pathologique de la peau.

Dans le premier, intitulé: *Note sur un cas de cancer primitif de la peau*, l'auteur décrit la structure d'une tumeur maligne dans un moluscum. Sur des coupes pratiquées après durcissement, on voyait que le néoplasme était divisé en lobes, lobules et alvéoles, par des travées conjonctives, le plus souvent à forme lamelleuse. Les alvéoles contenaient,

tantôt un grand nombre de cellules, d'autres fois une ou deux cellules seulement. Ces éléments étaient des plus variables, quant à leur forme et à leurs dimensions, les uns dépassant à peine le diamètre d'un globule lymphatique, tandis que d'autres atteignaient, au contraire, un volume notable et présentaient plusieurs noyaux. L'épithélium cutané avait disparu seulement sur les points ulcérés, et ne prenait aucune part à la formation de la tumeur. Sur des points en apparence sains, on constatait au microscope, la présence de quelques cellules épithélioïdes isolées, offrant les mêmes caractères que celles contenues dans les alvéoles.

Après avoir rappelé les théories de Virchow, Ranvier et Waldeyer, sur l'origine des éléments du carcinome, l'auteur expose les diverses méthodes histologiques qu'il a employées et discute les raisons qui l'ont conduit à admettre l'existence, dans le cas présent, d'un *carcinome réticulé*. Le diagnostic anatomique, d'avec le sarcome, le lymphadénome et l'épithélioma, est exposé dans ce travail, d'une façon aussi claire qu'intéressante. M. Chambard fait remarquer, en terminant, l'importance pratique de cette zone d'accroissement, où le tissu, quoique encore sain en apparence, a déjà subi par place, l'envahissement des éléments cancéreux isolés.

Le second mémoire a pour titre : *des formes anatomiques du xanthélasma cutané*. Nous y trouvons d'abord l'historique de cette curieuse affection, et la description des trois formes cliniques principales ; les formes plane, tuberculeuse et tubéreuse. Ces descriptions s'accompagnent d'observations détaillées. L'anatomie pathologique a été faite au moyen de lambeaux excisés sur le vivant. Nous n'entrerons pas dans les détails de l'examen histologique des préparations ainsi obtenues, nous signalerons seulement en passant une sclérose de la gaine lamelleuse des nerfs, et une altération des tubes nerveux, qui expliquaient les douleurs accusées par les malades. En résumé, il y aurait dans le xanthélasma, deux processus évoluant parallèlement, l'un irritatif, l'autre régressif ; une sorte de *sclérose lipomateuse* du tissu conjonctif de la peau, et de ses organes nerveux et vasculaires. Ces processus anatomiques, seraient toujours de même nature, malgré la diversité des formes cliniques ; celle-ci dépendant de ce que l'un ou l'autre processus domine, ou est plus ou moins modifié.

La 3^{me} note est relative à l'autopsie d'un sujet atteint de *xanthélasma*, et qui présentait, outre les lésions de la peau, des altérations de même ordre, du côté du larynx, de la trachée et des bronches.

Dans un 4^{me} travail, M. Chambard a étudié l'histologie

des gommès de la peau, sur des pièces provenant d'une femme morte de syphilis tertiaire. D'abord les gommès milliaires, dues à une infiltration des faisceaux conjonctifs par des éléments embryonnaires. Au moyen de préparations chassées au pinceau, on pouvait s'assurer que les fibrilles devenaient de plus en plus minces et friables, quoique cependant conservées, à mesure qu'on se rapprochait du centre. C'est la caséification des parties centrales qui donne lieu aux gommès ulcérées, dont nous trouvons ici une bonne description.

Enfin le 5^me et dernier travail présenté par M. Chambard. rend compte de l'examen histologique d'un cas d'*ichthyose congénitale*, dont les pièces avaient été communiquées à la Société par M. Houel. Les lésions étaient constituées par l'épaississement, l'hypertrophie, en certains points, de la couche cornée de l'épiderme.

En résumé, ces mémoires, surtout les deux premiers, sont intéressants à plusieurs titres. Grâce à des recherches histologiques bien conduites, et en s'adressant à des méthodes variées, cet auteur a étudié mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'alors des lésions encore mal connues. C'est pourquoi la commission propose de décerner le prix Godard pour 1878, à M. Chambard.

39. M. FÉRÉ montre un *hémisphère cérébral sain* sur lequel existe un sillon prérolandique complet, le pied de la 3^me frontale faisant complètement défaut.

40. M. JOSIAS présente des *ulcérations de l'estomac* et de *l'intestin* paraissant causées par une fièvre typhoïde récente. Une péritonite aiguë enleva le malade.

41. M. BABINSKI montre un cas de *tuberculisation génito-urinaire*.

42. PRIX. — La Société approuve la décision du comité et le prix Godard est décerné à M. CHAMBARD.

Le Secrétaire,
M. LETULLE.

MARS

Séance du 5 mars 1880.

PRÉSIDENCE DE M. RENDU.

1. Anévrisme du tronc basilaire; par C. REYNIER, prosecteur.

Je présente à la Société anatomique une lésion très rare, et que j'ai trouvée accidentellement en disséquant à l'Ecole pratique. Il s'agit d'une vieille femme de 75 ans, chez laquelle existait une dilatation anévrysmale de l'artère basilaire, dont les parois sont très athéromateuses. Cette dilatation mesure un centimètre et demi de diamètre. Tout le système artériel de l'hexagone de Willis et les artères sylvienne et cérébrale antérieure qui en partent, sont athéromateuses et augmentées de volume. Malheureusement, je ne peux entrer dans plus de détails, n'ayant pu avoir aucun renseignement sur cette femme.

2. Cancer de la langue; par M. DUPLAIX, interne des hôpitaux.

Cet homme, âgé de 66 ans, est malade depuis huit ou neuf mois; mais ce n'est que depuis le mois de décembre 1879 qu'il est réellement alité. Au mois de mai de l'an dernier, il remarqua sur la pointe de la langue, et se continuant sur la face inférieure de cet organe, une tuméfaction légère, nullement douloureuse, mais déterminant une gêne assez marquée de la déglutition.

Les mouvements de la langue devinrent de plus en plus difficiles, par suite de l'augmentation de son volume, qui se fit rapidement, en même temps qu'il s'établit des adhérences au plancher de la bouche. Depuis deux mois, elle n'a pas augmenté sensiblement de volume, mais, en revanche, l'adhérence au plancher est complète; il est impossible au malade de porter la langue au dehors de la cavité buccale, et toute tentative faite pour porter en haut ou sur les côtés la pointe de l'organe est suivie d'un écoulement de sang assez abondant et détermine de vives douleurs.

Remplissant presque complètement la cavité buccale, la langue est large, étalée et déborde en avant les arcades dentaires, repoussant les lèvres inférieure et supérieure. La face dorsale présente des bosselures, dont deux principales situées de chaque côté de la ligne médiane et occupant la partie moyenne de la langue. Elles s'étendent en arrière dans une assez grande étendue, mais on peut arriver avec le doigt sur leurs limites postérieures et remarquer que la masse qui est à droite s'étend un peu plus loin que celle du côté opposé.

On remarque de plus, sur le pourtour de l'organe, tout près des bords et de la pointe, des dépressions dues aux dents de l'arcade supérieure, exerçant une pression continue sur cette partie de la langue. Des dépressions semblables s'observent sur la face inférieure. Une recherche attentive n'a pu faire trouver de ganglions.

Depuis deux mois seulement, le malade éprouve de vives douleurs lancinantes et spontanées, et la déglutition, aujourd'hui très difficile par suite de l'adhérence de la langue, provoque aussi d'assez fortes douleurs. Dès le début de la maladie, la salivation a été plus abondante qu'à l'état normal, mais elle a toujours augmenté depuis et elle s'accompagne aujourd'hui de mucosités épaisses, quelquefois sanguinolentes, qui donnent une odeur fétide à l'haleine du malade.

L'état général du malade n'est pas trop mauvais; cependant, il accuse un amaigrissement assez notable, causé sans doute par la difficulté de l'alimentation. Les aliments solides sont refusés par le malade, à cause des douleurs qu'ils provoquent pendant la déglutition, de sorte qu'il ne peut prendre que du lait et des potages depuis quelque temps. Les autres organes sont absolument sains; l'urine est de couleur normale, elle n'est pas trop abondante et ne contient ni albumine ni sucre.

Les antécédents sont absolument nuls; le malade n'a jamais eu d'accidents syphilitiques. Signalons cependant ce fait qu'il fumait la pipe. M. Trélat fait l'amputation de la langue le 4 mars. Une incision est faite à la peau sur le pourtour du bord inférieur de la mâchoire inférieure, incision qui s'arrête sur les côtés, au niveau du point où l'artère faciale croise le maxillaire. Les parties molles qui forment le plancher de la bouche sont ensuite complètement séparées de l'os et, par l'ouverture qui en résulte, la langue est attirée au dehors. L'amputation est alors faite avec l'écraseur linéaire; les deux tiers antérieurs sont enlevés.

Le malade avait été anesthésié au moyen du chloral uni à la morphine: { chloral, 7 grammes.
 { sirop de morphine, 30 grammes.

Le soir même de l'opération, le malade succombait sans être revenu à lui et sans avoir eu d'hémorrhagies.

AUTOPSIE. — Les *poumons* sont congestionnés aux deux bases, mais surtout à droite. Pas de liquide dans les plèvres. Le *cœur*, petit et mou, ne présente aucune lésion des orifices. Le *foie* est petit, mais il présente à la coupe l'aspect normal. Les *reins* sont un peu gros et congestionnés. Le *cerveau* et les *méninges* ne présentent rien d'anormal.

L'examen histologique de la tumeur à l'état frais et par le grattage a montré que c'était un épithélioma; l'examen sur des coupes sera fait ultérieurement. L'examen macroscopique montre, sur une coupe antéro-postérieure, une altération complète de la partie antérieure de la langue, altération qui a sans doute débuté par les parties molles du plancher de la bouche et envahi consécutivement la langue. De plus, on remarque des trainées qui, de la masse principale de la tumeur, se portent en arrière dans l'épaisseur de l'organe.

3. Note sur l'épithéliome calcifié des glandes sébacées; par MM. A. MALHERBE, professeur à l'Ecole de Médecine de Nantes et J. CHENANTAIS fils, ancien interne des hôpitaux de Nantes, ancien externe des hôpitaux de Paris.

Nous nous proposons d'appeler l'attention sur une variété de tumeur des glandes sébacées dont nous avons pu recueillir six exemples en une douzaine d'années, et dont nous présentons quelques spécimens à la Société. Ces tumeurs, dures et calcifiées dans une grande partie de leur étendue, se présentent à l'œil nu comme une sorte d'éponge calcaire dont les cavités sont remplies par des parties molles; elles ont une dureté comparable à celle du tissu osseux, mais elles se brisent et s'écrasent assez facilement. Leur volume varie depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle du poing d'un adulte. Elles occupent généralement la tête ou le cou; mais, dans un cas, le siège était à la partie supérieure du bras. Elles se rencontrent à tous les âges, mais probablement surtout dans la jeunesse et l'âge adulte. Le porteur d'une de nos tumeurs était un enfant de quinze mois. Cliniquement, elles marchent avec une certaine lenteur; celle de nos tumeurs qui est grosse comme le poing avait mis cinq ans à se développer. Elles paraissent absolument bénignes et ne récidivent pas après l'ablation. Cer-

taines d'entre elles, après avoir grossi pendant un certain temps, semblent s'arrêter dans leur évolution. Dans aucun cas, nous n'avons eu connaissance d'un retentissement quelconque sur les ganglions.

Par suite de leur bénignité et de la facilité de leur ablation, ces tumeurs n'ont, au point de vue de la clinique chirurgicale, qu'un intérêt assez secondaire. Mais il n'en est pas de même au point de vue anatomo-pathologique. Leur structure est extrêmement curieuse en elle-même, et en raison des déductions qu'elle fournit pour le développement des tumeurs en général.

Donnons d'abord un aperçu de cette structure :

Cellules. Lorsqu'on écrase entre deux lames de verre un petit fragment de la tumeur, on obtient avec la plus grande facilité la dissociation des éléments calcifiés qui la composent. On voit que ce sont des éléments cellulaires larges et aplatis, de forme variable, munis d'un noyau bien apparent. Le protoplasma cellulaire est totalement granuleux, foncé par suite d'une véritable pétrification qu'il a subie. Le noyau de la cellule ayant mieux résisté à l'infiltration calcaire se détache en clair sur le protoplasma; certaines cellules ont un noyau colorable par le carmin, ce qui prouve que la cellule était encore à l'état de cellule épithéliale vivante (non épidermée) lorsqu'elle a été envahie par le phosphate de chaux. Les dimensions de ces cellules calcifiées sont très variables; elles présentent toutes les variétés de forme et de diamètre que l'on rencontre dans les épithéliomes lobulés; mais nous n'avons jamais rencontré plus d'un noyau par cellule.

Blocs osseux. Outre ces éléments cellulaires, dans les préparations faites sur deux de nos tumeurs (pièce n° 13, 1^{re} série et pièce n° 104, 1879) par la méthode de la dissociation, nous avons rencontré de petits blocs d'os vrai, munis d'ostéoplastes et de canalicules osseux. La méthode très grossière de l'écrasement du tissu calcifié donne ici d'excellents résultats, parce que, vu leur pétrification, les éléments cellulaires ont acquis une grande résistance, ne se brisent ni ne se laissent écraser, et se séparent seulement au point d'union des cellules entre elles.

Rapport des cellules entre elles. Pour nous rendre compte du rapport des cellules calcifiées les unes avec les autres, nous avons traité des morceaux de la tumeur par l'acide picrique en solution concentrée, ce qui nous a donné une décalcification complète et permis de faire des coupes minces.

Vue d'ensemble des coupes. Avant d'étudier les rap-

ports des cellules entre elles, disons un mot de l'ensemble des coupes. Ces coupes sont représentées très fidèlement par les dessins à la chambre claire que nous avons l'honneur de présenter.

Elles montrent au premier coup d'œil deux parties : une partie rouge composée de tissu conjonctif ou osseux et de quelques boyaux épithéliaux qui ont pris le carmin, et une partie grisâtre ou brune constituée exclusivement par des boyaux de cellules épithéliales calcifiées. En un mot, la tumeur présente l'aspect classique de l'épithéliome tubulé, tel que l'ont décrit et figuré MM. Cornil et Ranvier, épithéliome tubulé dans lequel toutes les masses épithéliales, ou du moins la plupart d'entre elles, auraient été saisies par la calcification, et dont la substance conjonctive serait restée tantôt à l'état de tissu conjonctif ordinaire, tantôt aurait subi l'ossification. Cet aspect général des coupes est extrêmement remarquable.

Revenons maintenant à l'étude des rapports des cellules entre elles. Les cellules calcifiées sont soudées par leurs bouts; elles sont assez régulières, souvent hexagonales et forment une mosaïque d'autant plus élégante que le noyau se détache en clair sur le ton, plus foncé, de l'élément. Lorsque les cellules sont placées de champ et vues de profil, elles paraissent allongées et fusiformes; parfois, elles sont enroulées les unes autour des autres, emboîtées de manière à former de véritables globes épidermiques. C'est la pièce n° 34 de l'année 1876 qui nous a fourni à cet égard les plus remarquables préparations. Elle abonde en globes épidermiques calcifiés. Nous pouvons résumer en quelques mots tout ce que nous venons de dire sur ces cellules calcifiées: elles présentent, par leurs rapports entre elles et avec les tissus ambiants, toutes les dispositions principales que l'on rencontre dans les épithéliomes tubulés et lobulés.

Substance conjonctive. Comme dans toute tumeur épithéliomateuse, les masses épithéliales sont, dans les tumeurs que nous étudions, séparées les unes des autres par les travées d'une charpente conjonctive. Or, dans l'épithélioma calcifié, la charpente conjonctive peut être, comme nous l'avons dit, soit du tissu conjonctif ordinaire, soit du tissu osseux. On peut même rencontrer par places, un tissu intermédiaire, c'est-à-dire du tissu conjonctif en partie calcifié, mais non encore transformé en os vrai.

Deux de nos tumeurs nous ont présenté une substance conjonctive contenant de grandes quantités d'os vrai; deux autres ne contenaient pas d'os; une cinquième présentait des points douteux; enfin, la sixième pièce ayant été égarée

avant d'avoir été étudiée à fond, n'a pu être examinée à ce point de vue.

Voyons quelle était la disposition de la substance conjonctive dans les pièces ne contenant pas d'os. Ce tissu conjonctif s'est présenté dans la pièce n° 91 de l'année 1878 et dans la pièce n° 97 de l'année 1879, sous forme de tissu conjonctif assez jeune, à faisceaux étroits et nombreux, riche en cellules rondes ou fusiformes. Nous y avons rencontré, non sans quelque surprise, de nombreuses cellules énormes à noyaux multiples, analogues comme aspect avec les myéloplaxes de M. Robin. Nous reviendrons sur ces éléments à propos du développement de l'épithéliome calcifié. Ce tissu conjonctif nous a montré une médiocre quantité de vaisseaux capillaires. Les travées formées par ce tissu conjonctif laissent entre elles de grands espaces macroscopiques, qui sont remplis par les cellules épithéliales, calcifiées la plupart du temps.

Dans les points des préparations où il reste des cellules non calcifiées, on voit que ces cellules occupent la périphérie des masses épithéliales et que c'est, au contraire, au centre de ces masses que la calcification est le plus avancée. Nous pouvons noter tout de suite que deux tumeurs, où la charpente conjonctive ne contient pas de tissu osseux, proviennent l'une d'un enfant de 15 mois, l'autre d'une jeune fille, et n'ont pas eu une très longue durée. C'est peut-être là ce qui explique l'absence de tissu osseux.

Des deux tumeurs qui contiennent de l'os vrai, l'une, la plus volumineuse, celle qui atteint le volume du poing et qui a mis cinq ans à se développer, contient dans toute son épaisseur un grand nombre de travées osseuses parfaitement développées; l'autre, qui était une petite tumeur du sourcil, n'en contient que dans ses parties périphériques. Dans ces deux tumeurs, les travées osseuses sont séparées les unes des autres et reliées ensemble par un tissu conjonctif plus ou moins calcifié, très homogène, pauvre en cellules et manifestement disposé à subir la transformation osseuse. Les travées osseuses sont parfaitement développées et creusées d'espaces médullaires contenant du tissu adipeux, des cellules embryonnaires et des vaisseaux. Dans quelques-unes de nos préparations, les cellules adipeuses ont été colorées par le rocou (1), qui leur donne une belle coloration

(1) Le rocou est une résine employée à divers usages, notamment dans l'industrie alimentaire, pour colorer les beurres que l'on envoie aux Antilles. Cette résine en solution alcoolique concentrée colore la graisse en jaune. Il faut après coloration par le carmin mettre les pièces 24 à 48 heures dans la solution de rocou.

jaune. C'est au milieu de ce tissu osseux et de ces espaces médullaires que sont disséminées les masses épithéliales, de sorte que les préparations ont un aspect fort étrange au premier abord.

Nous avons cherché à voir comment se faisait l'ossification aux dépens du tissu conjonctif dense et plus ou moins calcifié qui se continue avec les travées osseuses. Cette observation est extrêmement difficile à faire. Il nous a semblé que partout où l'os vrai apparaissait, il y avait dans le voisinage un vaisseau et des cellules embryonnaires ; l'os se présente sous forme de petits festons, situés les uns au-dessus des autres, et présente bientôt cette structure lamelleuse qu'on observe dans les coupes transversales des os longs. Il nous a semblé, qu'en certains points, l'os procédait directement du tissu conjonctif homogène et à peu près amorphe, au milieu duquel il était placé.

Si nous résumons maintenant la structure de nos tumeurs, nous trouvons qu'elles sont constituées par des masses épithéliales développées au milieu d'une charpente conjonctive ; elles rentrent, par conséquent, au point de vue anatomo-pathologique, bien entendu, dans la classe des épithéliomes. Elles diffèrent des kystes sébacés à contenu calcifié que l'on rencontre quelquefois, notamment dans la peau du scrotum, comme Virchow en a rencontré un cas et comme nous en possédons un exemple dans notre collection. Dans cette dernière espèce de tumeurs, la masse calcifiée ne contient absolument que des cellules épidermiques plus ou moins altérées et ne présente pas trace de substance conjonctive. Au contraire, nos épithéliomes calcifiés présentent une complète analogie avec certains épithéliomes non calcifiés, qui se développent dans l'épaisseur d'une glande sébacée et qui restent pour un temps enkystés dans la membrane de cette glande. Nous possédons quelques tumeurs de ce genre.

Développement. N'ayant observé le début d'aucun épithéliome calcifié, il nous sera difficile d'être très affirmatifs sur le mode d'apparition de ces tumeurs. Néanmoins, en examinant nos plus petites tumeurs, notamment celle qui provient d'un enfant de quinze mois, nous pourrons nous rendre compte en partie de son développement. Dans cette pièce, comme dans la pièce n° 91 de l'année 1878, il y a une membrane bien nette, identique à celle des kystes athéromateux et des tumeurs enkystées. C'est de cette membrane qu'on voit partir les cloisons qui divisent la tumeur. A la face interne de la membrane, se trouvent des masses épithéliales non calcifiées vers la périphérie, mais

qui ne tardent pas à présenter des points calcifiés à mesure qu'on s'avance vers le centre de la tumeur. Ces masses calcifiées contiennent les cellules dans lesquelles le noyau est encore vivant.

Au milieu des travées du tissu conjonctif, on voit d'énormes cellules à noyaux multiples. Nous ne croyons pas que, dans l'espèce, elles soient vasoformatives ; nous croyons qu'elles forment des masses épithéliales nouvelles. Cela nous a paru ressortir très nettement de l'examen de certaines préparations. Ajoutons en passant, sans nous y arrêter, que les énormes cellules dites cellules géantes myélopaxes, cellules mères, nous semblent avoir des significations très variables, suivant les cas, et qu'elles doivent différer profondément quant à leur usage, aussi bien qu'en ce qui a trait à leur mode d'apparition.

Si l'on examine la membrane, on y voit des petits nids cellulaires situés dans son épaisseur et destinés à former de nouvelles masses épithéliales. Si la tumeur est volumineuse, la membrane est détruite, et c'est dans le tissu conjonctif situé autour de la tumeur que l'on voit se former des petits nids de cellules d'envahissement tout à fait comparables à ce qu'on observe dans l'épithéliome et le carcinome. Cette courte étude du développement nous fournit encore un argument de plus pour classer nos tumeurs parmi les épithéliomes. Ce sont des épithéliomes dont les éléments cellulaires, frappés d'impuissance par la pétrification précoce qu'ils subissent, ne sont pas susceptibles d'acquiescer la malignité des cellules épithéliomateuses ordinaires. Quant à la présence de l'os vrai dans ces tumeurs, ce n'est que la manifestation d'une loi générale du développement des tumeurs, à savoir la facilité avec laquelle les tissus de substance conjonctive se substituent les uns aux autres dans les néoplasies pathologiques, sans changer le moins du monde la nature du néoplasme.

Nos tumeurs se développent-elles d'emblée sous forme d'épithéliome calcifié, ou bien doit-on y voir le résultat de l'irritation d'un kyste sébacé ordinaire ? Dans tous les cas que nous avons cités, nous croyons que la tumeur s'est développée d'emblée sous forme d'épithéliome calcifié ; mais nous avons observé un cas (pièce n° 20 de l'année 1879) dans lequel une vieille loupe datant de trente ans, ulcérée à la suite d'un coup de peigne, présentait les particularités suivantes : un fort tractus de tissu conjonctif pénétrait, au niveau de l'ulcération, au milieu du tissu épithélial et cloisonnait ce tissu, lequel était calcifié en partie ; mais, dans ce cas, les cellules avaient le caractère épidermique des cel-

lules des kystes sébacés. Il y a là, néanmoins, une sorte de transition entre le kyste sébacé simple et l'épithéliome calcifié tel que nous venons de le décrire. Nous nous proposons de nous livrer sur l'épithéliome calcifié à une étude plus complète; mais, comme ce genre de tumeur nous paraît avoir été confondu avec les kystes à contenu calcaire ou avec les tumeurs dont l'enveloppe seulement est calcifiée, nous avons cru devoir publier les résultats auxquels nous sommes arrivés. Nous ajouterons que la calcification des cellules épithéliales, considérée comme fort rare et simplement indiquée par les auteurs, est plus fréquente qu'on ne le croit, puisque nous l'avons rencontrée six ou sept fois sur des tumeurs recueillies depuis une dizaine d'années tout au plus.

Voici l'analyse chimique comparative, au point de vue du phosphate de chaux, d'un kyste sébacé vulgaire et d'un épithéliome calcifié, analyse due à M. Andouard, professeur de chimie à l'Ecole de Médecine de Nantes : Phosphate de chaux : 0,166 p. 100; Epithéliome calcifié du bras (104, 1879).

L'analyse a porté sur une tumeur longtemps demeurée en contact avec l'alcool. La substance qui forme cette tumeur est blanchâtre et très légère après dessiccation. Elle crie sous le couteau et lui résiste inégalement en ses diverses parties, ce qui indique un défaut d'homogénéité confirmé par l'analyse.

Effectivement, le dosage des éléments minéraux effectué sur quatre points différents a donné les résultats suivants : 11,843 p. 100; 12,576 p. 100; 12,982 p. 100, et 13,235 p. 100.

Voici la composition centésimale de cette tumeur, supposée sèche :

Tissus, principes organiques insolubles dans l'eau. . .	81,018							
Albumine, principes organiques solubles dans l'eau. . .	0,984							
Matière grasse neutre.	4,440							
Sels solubles dans l'eau	<table> <tr> <td>Chlorure alcalin.</td><td>0,936</td></tr> <tr> <td>Sulfate alcalin.</td><td>0,302</td></tr> <tr> <td>Carbonate alcalin</td><td rowspan="2">0,365</td></tr> <tr> <td>Phosphate alcalin</td></tr> </table>	Chlorure alcalin.	0,936	Sulfate alcalin.	0,302	Carbonate alcalin	0,365	Phosphate alcalin
Chlorure alcalin.	0,936							
Sulfate alcalin.	0,302							
Carbonate alcalin	0,365							
Phosphate alcalin								
Sels insolubles dans l'eau.	<table> <tr> <td>Phosphate de chaux.</td><td>9,276</td></tr> <tr> <td>Carbonate de chaux.</td><td>2,114</td></tr> <tr> <td>Oxyde de fer, etc.</td><td>0,565</td></tr> </table>	Phosphate de chaux.	9,276	Carbonate de chaux.	2,114	Oxyde de fer, etc.	0,565	
Phosphate de chaux.	9,276							
Carbonate de chaux.	2,114							
Oxyde de fer, etc.	0,565							

On voit que, dans un épithéliome calcifié, le phosphate et le carbonate de chaux font plus de 10 p. 100 de la matière solide de la tumeur.

M. RENDU demande si les malades en question ne présenteraient pas de loupes sur d'autres parties du corps.

M. CHENANTAIS : Ces tumeurs étaient isolées.

4. M. BRISSAUD présente le *moignon* d'un enfant de 14 ans, qui avait été déjà amputé du bras par M. Marjolin il y a onze ans, à la suite d'un écrasement. Il était survenu des abcès qui avaient persisté pendant deux ans. Depuis à peu près deux ans, le moignon était devenu conique et on avait commencé à sentir sous la peau de petites masses arrondies ou fusiformes, dures, douloureuses, avec développement des poils, plus considérables dans la région. Ce sont les douleurs qui ont motivé la nouvelle amputation par M. de Saint-Germain. Ces petites tumeurs sont de vrais névromes.

M. DÉJERINE pense que ce fait rentre dans la règle, que ces renflements en bouton ne sont pas des névromes, qu'il s'agit d'une néoplasie interstitielle, d'une sclérose. Dans les cas qu'il a observés avec M. Mayor, il n'a pas trouvé de tubes nerveux dans ces tumeurs, sur l'étendue de deux centimètres. Il faudrait chercher s'il n'y a pas de névrite ascendante qui puisse expliquer les douleurs.

5. **Mélano-Sarcome du pied. — Généralisation. — Tumeur cérébrale de même nature. — Aphasie — Mort;** par OZENNE, interne des hôpitaux.

Le 25 février 1880, M. Dumontpallier fait passer à la salle Saint-Jean, service de M. POLAILLON, la nommée Besse (Marie), âgée de 27 ans.

Les renseignements consignés dans le début de l'observation sont dus à l'obligeance de notre collègue, M. Bernard. La malade est amenée dans le service de M. Dumontpallier le dimanche 8 février, dans l'après-midi. Elle est plongée dans le coma le plus profond; nulle excitation ne l'en peut tirer; les paupières sont dilatées et immobiles, insensibles à la lumière. Pas d'odeur alcoolique, ni sucre, ni albumine dans l'urine. Le thermomètre dans l'aisselle marque 38° et le pouls bat 80 fois par minute. Des taches de sang existent sur les draps et la chemise de la malade, qui est d'ailleurs fort sale. Il n'existe aucune lésion appréciable de l'utérus, du rectum, du cœur et des poumons. La malade va sous elle. Une tumeur mélanique est constatée sur le bord interne du pied droit.

Le lundi matin, le coma est un peu dissipé et chaque jour on en constate une diminution sensible: il est pourtant impossible, durant les quinze jours que Besse passe dans le service, de tirer d'elle aucune réponse raisonnable, si bien qu'il fut un instant question de la faire passer à Sainte-

Anne. Il a été également impossible d'avoir aucun renseignement sur elle de l'extérieur.

Il fallut, durant la première semaine, qu'une infirmière fit manger Besse, qui souvent rejetait autour de son lit les aliments déposés dans sa bouche. On dut la porter plusieurs fois à la baignoire, où elle prenait des bains de sublimé, seul traitement institué dans le service. Quand fut agitée la question de son passage en chirurgie, chez M. Polaillon, Besse ne comprit jamais les demandes qu'on lui adressa pour avoir son consentement.

25 février. Entrée salle Saint-Jean. — Les renseignements donnés sur le passé de la malade sont à peu près nuls. Une personne qui ne la connaissait que depuis trois mois nous raconte que, l'ayant rencontrée par hasard, elle ignorait complètement son genre de vie antérieur; que, durant sa cohabitation avec Besse, elle avait remarqué plus d'une fois son plaisir à prendre des liqueurs alcooliques. D'une intelligence bornée, parlant peu, Besse était devenue encore plus taciturne dans les derniers jours qui ont précédé l'attaque. Aucun renseignement certain n'a été fourni sur l'origine de la tumeur qu'elle portait au pied.

A la visite du 26 février, on constate :

Au niveau du premier métatarsien, du côté droit, une tumeur du volume d'une grosse noix. Développée aux dépens de la peau, qui est mobile sur l'os sous-jacent, elle offre une ulcération arrondie, de la largeur d'une pièce de 1 fr., bourgeonnante, noirâtre, à fonds inégal et entourée d'un bourrelet cutané induré; elle ne semble réveiller aucune douleur à la pression. Autour de cette tumeur se voient plusieurs nodosités, dures, arrondies, bien circonscrites, mobiles, du volume d'une noisette et développées sous la peau, dont l'amincissement et la transparence sont tels, qu'elle laisse apercevoir leur couleur noire.

Sur le trajet des cordons lymphatiques qui accompagnent la veine saphène interne, depuis le pied jusqu'à la racine du membre, on compte une dizaine de petites masses de même volume que les premières décrites et offrant les mêmes caractères, sauf la coloration noire, qui n'existe pas : elles semblent, en effet, plus profondément situées dans le tissu sous-cutané, recouvertes par la peau intacte.

Dans la région de l'aîne, plusieurs ganglions, les uns à direction verticale, les autres à direction transversale, présentent un volume assez considérable. Dans les téguments de la poitrine, on sent également un certain nombre de petites nodosités analogues aux autres. Sur le membre infé-

rieur gauche, sur les membres supérieurs, de même que sur la face, il n'en existe aucune.

Le cœur, les poumons fonctionnent sans aucune altération. La vue est normale. Le toucher vaginal et le toucher rectal sont négatifs. Aucun trouble de la sensibilité. Aucun trouble de la motilité; peut-être un peu de faiblesse dans les membres inférieurs, mais pas de paralysie, pas de contractures. Défécation et miction involontaires. Urine non albumineuse, claire au moment de l'émission, se colorant en noir par addition d'acide azotique. Pouls et température normaux.

La malade garde un silence absolu. Lorsqu'on lui adresse quelques questions, elle regarde l'interrogateur et ne répond pas, ou si, à intervalles éloignés, elle ouvre la bouche, c'est pour répéter vivement la demande, mais sans accompagnement de réponse; encore même en dénature-t-elle le sens. Elle est aphasique.

M. Polaillon porte le diagnostic suivant: *mélano-sarcome du pied; tumeur cérébrale de même nature.*

La généralisation contre-indiquait toute intervention chirurgicale. La malade reste dans le même état une douzaine de jours, refuse bientôt tout aliment et succombe dans le marasme.

AUTOPSIE. — *Cavité abdominale.* Les reins, les uretères, la vessie, l'utérus, les ovaires, l'estomac, l'intestin, le péritoine n'offrent à l'œil nu aucune altération. Le foie présente son volume et sa coloration ordinaires; on n'y observe aucune saillie extérieure, et des coupes pratiquées en différents points ne révèlent la présence d'aucune tumeur mélanique, si petite qu'elle puisse être. La rate est petite, sans altération appréciable.

Cavité thoracique. Les plèvres ne contiennent aucun épanchement, et nulle part on n'y constate de fausses membranes. Les poumons, libres dans leur cavité, sont sains: volume, coloration, densité, aspect extérieur, tout est normal; à la coupe, nulle trace de mélanose. Comme les organes précédents, le péricarde est intact, mais le cœur est malade; au niveau de la *pointe*, intercalées entre les faisceaux musculaires, existent plusieurs petites nodosités noires, dures et nettement séparées du tissu musculaire. Dans l'épaisseur des parois du *ventricule droit*, on en trouve quelques-unes et, saillant dans sa cavité, l'une d'elles, pédiculée, se présente sous l'aspect d'un petit grain de raisin noir. Dans l'*oreillette droite*, tant entre les colonnes charnues qu'à la surface de l'endocarde, on en voit une multitude, les unes isolées, les autres réunies en groupe,

offrant des grosseurs différentes, mais toutes ayant les mêmes caractères.

Cavité orbitaire. L'examen des orbites ne dénote la présence d'aucune tumeur mélanique; la couche graisseuse périoptique est saine, sans infiltration, sans pigmentation. De même que la cavité orbitaire, l'œil est intact, et ses différentes membranes n'offrent, à l'œil nu, aucune production mélanique.

Cavité crânienne. Les méninges sont normales. Le cerveau, dépouillé de la pie-mère, ne paraît pas malade extérieurement; mais, en y pratiquant des coupes, on met au jour un certain nombre de petites nodosités noirâtres; elles existent sur les deux hémisphères, dans les sillons qui séparent les circonvolutions, les unes isolées, les autres agglomérées au nombre de 3 ou 4, offrant un volume, qui varie entre celui d'une tête d'épingle et celui d'une grosse perle : ces dernières, les plus volumineuses, sont moins nombreuses que les premières, par leur disposition, par leur coloration non uniforme, et par l'aspect qu'elles offrent à la coupe, elles rappellent entièrement l'apparence de la truffe.

Le 4^{me} ventricule, le ventricule moyen, le ventricule latéral droit ne renferment pas d'épanchement, et leurs parois sont intactes. Le *ventricule latéral gauche* est énormément dilaté; et sa cavité est remplie par une tumeur, qui s'étend de l'extrémité de la corne frontale, à l'extrémité de la corne sphénoïdale. Peu adhérente aux parois, elle offre le volume d'un petit œuf de poule allongé, faisant surtout saillie du côté des circonvolutions frontales et pariétales correspondantes. Molle, de couleur noire, présentant, à première vue, quelque analogie avec un caillot sanguin, elle se laisse facilement pénétrer, et, par la pression, on en fait suinter un liquide, qui tache les doigts à l'instar de l'encre de Chine, ou plutôt à l'instar du suc que donne une variété de cerises, la cerise grillotte-guigne. Les parois du ventricule ne paraissent point altérées : aucune déchirure, aucun signe d'inflammation.

Dans le cervelet existent également quelques petites productions mélaniques. Dans le bulbe et la protubérance, on n'en rencontre aucune trace.

Examen histologique. Tumeurs présentant tous les caractères du mélanosarcome.

RÉFLEXIONS.—Prise dans son ensemble, cette observation ne mériterait aucune mention spéciale, si nous nous plaçons uniquement au point de vue de la mélanose en général. De nombreuses observations de cette maladie ont été publiées,

et son histoire est assez bien connue. Mais, dans le cas actuel, il nous a paru bon de relever quelques détails, d'attirer l'attention sur la généralisation limitée, sur la tumeur ventriculaire, dont le retentissement a été si peu marqué.

Sans insister sur l'âge de la malade, qui n'avait que 27 ans (et l'on sait que la mélanose est plus fréquente dans la deuxième moitié de la vie), nous rappellerons que le point de départ a été la tumeur de la peau, siégeant sur le pied. Or, d'après la plupart des auteurs, ce siège, le tégument externe (de même que l'œil) est celui qui s'accompagne ordinairement de la généralisation la plus étendue. Chez notre malade, il y a eu exception, puisque le cœur et la masse encéphalique sont les seuls organes qui aient été atteints. Peut-être les autres n'ont-ils pas eu le temps d'être affectés? Nous remarquons encore que l'œil, qui est, presque aussi souvent que la peau, le siège primitif de la production mélanique, en a été exempt; ce qui vient confirmer ce fait, depuis longtemps signalé, que la généralisation envahit moins fréquemment les organes, dans lesquels la maladie a l'habitude de se développer primitivement.

Cette absence de mélanose *secondaire* du côté de l'orbite et du côté de l'œil (ce qui avait été constaté durant la vie) était peut-être le seul signe, ayant quelque valeur, qui permit de porter le diagnostic de mélano-sarcome de la peau, avec tumeur cérébrale de même nature. En effet, il n'est aucun signe clinique certain qui puisse faire dire: Telle tumeur cutanée est un mélano-sarcome; telle autre est un mélano-carcinome: Aussi, doit-on songer à la première variété, lorsque, en présence de mélanose généralisée, on note l'intégrité de l'appareil oculaire, le mélano-sarcome *secondaire* de l'œil n'ayant jamais été constaté suivant MM. Cornil et Trasbot.

D'autre part, l'œil étant indemne, était-on en droit, en présence des troubles intellectuels observés, de supposer une tumeur cérébrale? Il semble que la réponse doit être négative, si l'on s'en rapporte aux observations antérieures et à la conclusion qu'on en a tirée et qui est la suivante. La généralisation du côté du cerveau est presque toujours la conséquence d'une mélanose primitive de l'œil et de l'orbite. Le cas, que nous publions, doit donc, encore sur ce point, rentrer dans l'exception.

Enfin, nous ferons remarquer que la tumeur ventriculaire ne s'est accompagnée d'aucun trouble de la sensibilité. Pas d'hyperesthésie; pas d'anesthésie (sauf peut-être au moment de l'attaque comateuse, dont la cause est restée ignorée; en tout cas, cette anesthésie n'aurait duré que quelques heures). Quant à la motilité, elle est restée intacte: ni paralysie, ni convulsions, ni contractures. Ces faits viennent donc à l'appui des expériences que M. le Dr Cossy a pratiquées sur les ventricules latéraux, et qu'il a publiées dans son excellente thèse; et, bien que cet auteur n'ait en vue que les épanchements liquides, ce cas de tumeur mélanique, demi-liquide, n'en vient pas moins confirmer la conclusion qu'il a formulée: « Les épanchements ventriculaires, séreux, sanguins ou purulents, peu abondants et surtout développés lentement et graduellement ne s'accompagnent pas de phénomènes convulsifs. » Mais, d'un autre côté, nous devons signaler l'aphasie, dans laquelle était plongée la malade, aphasie qui trouve son explication dans la compression que la tumeur exerçait sur les circonvolutions voisines et en particulier sur la circonvolution de Broca.

M. RENDU fait remarquer que la plus grande abondance de productions mélaniques dans le cœur droit indique la transmission par les veines.

6. Etat puerpéral. — Rougeole. — Bronchio-pneumonie, — Embolie pulmonaire; par M. LEGENDRE, interne des hôpitaux.

La nommée P... Marie, 27 ans, journalière, entre le 22 février à la salle Sainte-Anne, à Lariboisière, service de M. SIREDEY.

Accouchement normal, à terme, le même jour, à 5 heures du matin, d'un enfant bien conformé. La mère ne présente rien à relever au point de vue de la constitution.

13 février. L'utérus revient dans la cavité pelvienne. Coryza, larmoiement, céphalalgie, bronchite. T. 38°,9. Le soir, quelques boutons à la figure, remarqués par l'infirmière.

14 février. Eruption rubéolique sur la face, la poitrine; rare sur le ventre et les membres inférieurs. Forme boutonneuse. Toux sèche. T. 38°,1. Passage en médecine, salle Sainte-Geneviève, lit n° 17.

15 février. La rougeole est dans le plein de son éruption. Bronchite généralisée double, crachats purulents, nummu-

lares. (La malade se souvient avoir vu et pris dans ses bras, 15 jours avant son entrée, un petit enfant atteint de rougeole). T. matin 39°,5, soir 40°.

16 février. L'éruption s'éteint. Le catarrhe morbillieux s'accroît : Râles fins, pas de souffle. Diarrhée. L'utérus se retire, le ventre est souple. Potion de Todd avec 8 gouttes de Laudanum. T. matin 39°; soir 39°,9.

17 février. Même état. Crachats opalins visqueux. Julep morphine 40 gr. Kermès 0.10 c. T. matin 39°,4; soir 39°,3.

Du 18 au 21 février. L'état reste stationnaire, on peut espérer alors la résolution. Encore de la diarrhée, et un peu de subdelirium. La température descend de 39°,8 à 38°,5.

22 février. Oppression plus vive, râles fins, crépitants, dans toute la hauteur des poumons, mais pas de souffle tubaire. — Délire, agitation, conversations solitaires. — Demande de *nourrice* pour l'enfant. — Rien au cœur.

Julep Kermès. Acide ammoniac 6 gr.. Ballon d'oxygène. T. matin 38°,8; soir 40°,4.

23 février. Accès de suffocation durant 1 à 2 heures, avec menaces d'asphyxie. Délire la nuit. Aggravation de l'état. Les bruits pulmonaires couvrent la région précordiale que l'on ne peut explorer. T. matin 38°,5; soir 40°,6.

24 février. Mêmes signes, pas de souffle. Albumine abondante dans les urines. T. soir 39°,8.

25 février. Respiration entre-coupée, cyanose, asphyxie lente. Plaintes incessantes. Pouls petit, rapide. *Traitement*; sirop de sulfate de strychnine 2 à 4 cuillerées. T. matin 39°,2; soir 39°,6.

26 février. Mouvements respiratoires s'éloignant de plus en plus, l'hématose ne se fait plus. Agonie, la connaissance restant entière, mort à 7 h, 1/2 soir. T. matin 39°; soir 38°,6.

AUTOPSIE. — Je dois à M. Mayor, directeur adjoint du laboratoire de Clamart, les détails de l'autopsie faite le 28 février. — *Cavité thoracique.* *Plèvre gauche*; on y trouve une petite quantité de liquide louche, épaississement dans tout le feuillet costal, auquel le poumon adhère faiblement; quelques brides récentes au niveau de la plèvre médiastine en avant, et de la plèvre diaphragmatique. *Plèvre droite*, légères adhérences au sommet et à la base. — *Poumon gauche*; il ne s'affaisse pas normalement; sur la coupe on remarque que le sommet est le siège de pneumonie lobulaire arrivée déjà à la période de suppuration intra-lobulaire, le parenchyme est œdématié. Vers la partie moyenne, on voit

une sorte d'abcès, à parois irrégulières, infiltrées de pus, résultant d'une fonte purulente du tissu environnant. Le lobe inférieur présente des lobules rouges foncés, comme hépatisés, et des lobules gris, en suppuration, disséminés et séparés par des portions de poumon sain. A la partie inférieure du lobe supérieur, il y a réellement pneumonie pseudo-lobaire (un fragment plongé dans un vase d'eau gagne le fond).

Dans l'artère pulmonaire, on trouve, en incisant une branche de bifurcation supérieure, un caillot de la grosseur d'une petite amande, irrégulier sur ses faces, et situé à l'origine d'une forte collatérale; cette artère et les petites branches qui en partent, au niveau du caillot, sont oblitérées par des coagulations cruoriques. Quant au caillot, libre vers sa surface qui regarde le centre circulatoire, il est sec, un peu friable, blanc jaunâtre, évidemment d'origine embolique. Le département de parenchyme pulmonaire correspondant à l'artère oblitérée appartient au sommet de l'organe, il est encore le siège de pneumonie lobulaire grise, d'œdème, et d'un infarctus hémorrhagique ancien. — Bronchite interne, des grands et petits canaux.

Poumon droit. A la coupe, lésions de pneumonie lobulaire dans les parties supérieures. le lobe inférieur est simplement congestionné. A partir de la première subdivision du hile, les canaux bronchiques sont tapissés d'une fausse membrane très peu adhérente, mais consistante, élastique, au-dessous, la muqueuse est simplement congestionnée. Dans la partie postérieure du lobe inférieur et vers le bord inférieur du poumon, se trouve un infarctus presque pyramidal, à base externe; cet infarctus offre la coloration noire caractéristique, et à la coupe il présente l'aspect d'un triangle, de 3 centimètres environ de côté.

En ouvrant les artères de ce poumon, on trouve, au niveau du hile, de petits caillots fibrineux d'agonie, élégamment ramifiés; mais dans le tronc qui nourrit le département siège de l'infarctus, au niveau de l'origine d'une collatérale, se présente un caillot, un peu allongé, du volume d'un gros pois chiche; il offre les mêmes caractères que ceux du caillot trouvé dans l'artère pulmonaire du côté gauche, il se continue également vers la périphérie avec des coagulations cruoriques, tandis que son extrémité centrale libre montre une cassure grenue qui dénote l'origine embolique.

Cœur. Le péricarde contient 60 grammes environ de liquide verdâtre, louche. On voit des arborisations inflammatoires sur ses deux feuillets, reliés par places par de fausses membranes récentes, friables. — *Endocarde.* Val-

vules sigmoïdes suffisantes. Pas de rétrécissement des orifices artériels. La valvule mitrale est saine.

Dans le ventricule *droit*, près du sommet et contre la face postérieure, on remarque un caillot de la grosseur d'une amande, dont l'extrémité supérieure, évidemment rompue, est continuée par quelques filaments fibrineux fraîchement déposés. Le caillot offre le même aspect que ceux trouvés dans les artères pulmonaires. On trouve quelques caillots d'agonie sans importance.

Je passe rapidement sur les autres viscères qui sont en général sains : *Tube digestif*, en entier, intact. *Foie* muscade. *Rate* et *pancréas* sains. *Reins*, lésions de néphrite parenchymateuse. *Vessie* saine. L'*utérus* et ses *annexes* sont revenus à leur aspect normal. L'*encéphale* est légèrement congestionné.

RÉFLEXIONS. — On peut mettre ici deux points en relief. *Cliniquement*, la malade a semblé succomber aux progrès de la bronchio-pneumonie associée à la bronchite capillaire, l'obstruction subite de la circulation pulmonaire, en certains points du parenchyme, par des coagulations fibrineuses ne s'étant pas manifestement révélée. Au point de vue *anatomique*, il est intéressant de remarquer que les débris fibrineux, retrouvés dans certaines branches de bifurcation de l'artère pulmonaire, présentèrent une extrémité rugueuse, inégale, irrégulière, dirigée vers les cavités cardiaques et analogue à la surface grenue de l'extrémité libre du caillot inclus dans le ventricule droit. La nature *embolique* de ces coagulations intra-pulmonaires n'est donc pas douteuse. Ces embolies n'ont pas partout déterminé de l'atélectasie dans le département pulmonaire dépendant du ramuscule oblitéré, car le parenchyme n'avait pas changé de consistance en *un point* du sommet gauche où le vaisseau correspondant se trouvait obstrué; il faut croire que, dans ce cas, l'arrêt de la circulation n'était pas total.

M. Paul Oulmont a publié une intéressante observation qui se rapproche de celle-ci en plusieurs points (*Bull. Soc. Anat.*, avril 1876, n° 12). Quant à l'origine même du caillot cardiaque, elle reste indécise; a-t-il été produit à la fin de la grossesse, ou dans le cours et sous l'influence de la rougeole? La dernière interprétation semble cependant plus vraisemblable.

M. RENDU fait remarquer l'étrangeté de l'absence d'aplexie avec de semblables caillots.

M. LETULLE dit que, chez les enfants morts de rougeole, on observe des thromboses même anciennes sans apoplexie, mais avec de l'atélectasie et des ecchymoses sous-pleurales.

M. RENDU : Il faudrait prouver que dans le fait présent il s'agit bien d'une embolie et non d'une thrombose pulmonaire, produite sous la même influence que la thrombose cardiaque.

M. DÉJÉRINE : la thrombose aurait pu se faire graduellement, et par conséquent sans choc collatéral.

7. M. WEILL montre des pièces provenant d'un malade entré à l'hôpital en *asystolie* et mort au bout de deux jours avec des *caillots pulmonaires multiples*, dont quelques-uns seulement ont déterminé des infarctus.

8. Elections.

MM. BÉRINGIER, MAYGRIER et DESNOS sont élus membres adjoints.

Séance du 12 mars 1880.

PRÉSIDENTE DE M. MONOD.

9. Arrêt du cours des matières fécales sans obstacle mécanique. — Mort causée par l'épuisement et par un érysipèle consécutif à une intervention chirurgicale; par Georges THIBIERGE, interne des hôpitaux.

La nommée Demange (Joséphine), 64 ans, couturière, entre le 2 mars 1880, à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Catherine, lit n° 20, service de M. le professeur GOSSELIN.

Cette femme, habituellement bien portante, est cependant sujette depuis longtemps à la constipation et à des douleurs abdominales se répétant fréquemment.

Depuis le 24 février, elle n'a pu aller à la selle; dans les premiers jours, elle n'éprouvait que peu de douleur dans l'abdomen.

Dans la nuit du 28 au 29 février, elle fut prise de douleurs assez vives, occupant le côté droit de l'abdomen, douleurs continues avec exacerbations extrêmement in-

tenses. Le 1^{er} mars, elle vit un médecin qui, constatant une tuméfaction dans la région crurale droite, fit sans succès quelques tentatives de taxis, et ordonna de l'huile de ricin : ce médicament fut aussitôt vomi. Le 2 mars, la malade se présente à la consultation de l'hôpital.

État actuel. Cette femme, d'un embonpoint notable, n'a pas le facies abdominal ; elle est fort affaiblie. La langue est légèrement chargée, un peu sèche. Inappétence absolue, pas de soif. Etat nauséux ; depuis le début des accidents, la malade n'a pas eu de vomissements, en dehors de ceux provoqués par l'ingestion d'huile de ricin, et depuis huit jours elle n'a rendu par l'anus ni matières fécales, ni gaz.

L'abdomen est fortement distendu, régulièrement développé, partant sonore à la percussion. Il est le siège de douleurs spontanées, avec des crises douloureuses qui arrachent des gémissements à la malade.

Dans la région crurale droite, on constate une tuméfaction légère, très molle, qui est le siège, sous l'influence de la pression, d'une crépitation assez grosse et facile à reproduire.

Le toucher rectal et le toucher vaginal ne dénotent rien d'anormal. La miction est assez difficile ; la vessie est distendue, le cathétérisme évacue environ 350 grammes d'urine, d'apparence normale.

La malade accuse une céphalalgie assez vive. Elle n'a pas eu de crampes dans les membres inférieurs. Température vaginale, 38°, 4.

M. Gosselin, tout en ne trouvant pas à la tumeur de la région crurale les caractères d'une hernie étranglée, mais pensant qu'il s'agit peut-être d'un pincement latéral dans l'intestin, prescrit, pour explorer la perméabilité du tube digestif, 50 centigrammes de scammonée et de calomel. Ce purgatif n'ayant produit aucune évacuation, M. Gosselin fait dans la journée une incision dans la région crurale droite, et arrive sur une masse grasseuse, qui entoure une cavité à parois lisses, contenant quelques gouttes d'un liquide séro-sanguinolent, mais ne présentant pas de communication avec la cavité péritonéale : il s'agissait donc d'une hernie grasseuse. Dans la soirée, la malade prend encore 25 centigrammes de scammonée et de calomel.

3 mars. Pas de garde-robe, pas de vomissements, les urines, rendues spontanément, sont notablement albumineuses. Le matin 38°, 8, le soir 38°, 9.

Dans la journée, on administre un lavement d'eau de Seltz ; la sonde œsophagienne pénètre sans difficulté jusqu'à une profondeur de 60 centimètres environ : elle amène

l'expulsion de gaz fortement fétides, expulsion qui soulage la malade. — Lavement purgatif avec 60 grammes de sulfate de soude. Le soir, hoquet; le poulx est fort, bat 88 fois par minute, avec une intermittence sur environ 10 pulsations. — On donne une pilule avec une goutte d'huile de croton.

4 mars. Même état; pas de garde-robe, ni de vomissements; hoquet; facies toujours normal. T. V. le matin 38°,4; le soir 38°, 8. Dans la journée, on administre deux douches ascendantes, qui n'amènent pas le rejet de matières fécales, mais seulement d'une petite quantité de mucosités membraniformes.

5 mars. La malade souffre beaucoup, le visage prend légèrement le facies abdominal, les extrémités supérieures se refroidissent; langue sèche, soif vive; hoquet; état nauséux; pas de vomissements, pas de garde-robe. Depuis hier, la malade urine continuellement sous elle. T. V. 39°,2. P. 96, petit, sans intermittences.

Après avoir fait administrer une nouvelle douche ascendante qui n'amène aucun résultat, M. Gosselin fait une incision vers la partie moyenne de la fosse iliaque droite, et ne constatant aucun obstacle avec le doigt introduit par cette incision, attire une anse intestinale qu'il incise après l'avoir suturée à la paroi abdominale. Il s'écoule par l'incision une grande quantité de matières fécales liquides, d'une odeur très fétide, et la malade est sensiblement soulagée. Le soir, la malade se plaint toujours beaucoup de l'abdomen, elle est très faible; l'abdomen est resté très distendu, les matières s'écoulent en grande quantité par l'anus artificiel. T. V. 40°,2. P. 96, petit, régulier, les extrémités supérieures se sont réchauffées.

6 mars. Facies bien meilleur, la langue est presque normale, la malade mange volontiers; il s'écoule peu de matières fécales par la plaie, et le cours normal des matières ne s'est pas rétabli. La plaie de la région crurale est entourée d'une zone érysipélateuse. T. V. le matin 38°,5; le soir 39°,1; poulx régulier, plus fort qu'hier; le matin 102 P., le soir 105 P.

7 mars. Même état, seulement la malade est plus faible et mange moins volontiers; l'érysipèle s'étend. T. V. le matin 38°, 8; le soir 39°,2. P. le matin 105, le soir 108.

Un lavement administré dans la journée produit l'expulsion d'une grande quantité de gaz, mais non de matières fécales.

8 mars. L'affaiblissement augmente, l'abdomen est assez douloureux et plus ballonné qu'hier; il s'écoule peu de ma-

tières par la plaie. L'érysipèle s'étend sur la cuisse et il y a quelques phlyctènes. Pas d'appétit; la langue sèche; hoquet assez violent. T. V., le matin 38°,8; le soir 39°,4. P. petit, régulier, le matin 108, le soir 112. Les extrémités supérieures se refroidissent.

9 mars. La malade est très faible, elle peut à peine se faire entendre; de temps à autre un peu de délire. Hoquet. Le facies n'a pas le caractère abdominal. L'abdomen fortement distendu, est toujours très douloureux. Pas de vomissements. Le cours normal des matières n'est pas rétabli. Sur la cuisse, petite plaque noirâtre de gangrène; la rougeur érysipélateuse est très étendue. Commencement d'eschare au sacrum. T. V., le matin 38°,6; le soir 39°,2. P. filiforme, le matin 112; le soir 93. La malade meurt à 11 heures du soir.

AUTOPSIE. Le 11 mars, 32 heures après la mort. — Rigidité cadavérique conservée. *Cavité abdominale.* — Le péritoine ne contient ni pus, ni matières fécales; nulle part on ne trouve de fausses membranes, ni de perte du poli de la séreuse, bien qu'en certains points elle soit le siège d'une vascularisation très marquée.

Les dernières parties du gros intestin présentent un développement énorme: elles forment un large cylindre de forme régulière, situé à la partie médiane de l'abdomen, cylindre qui, dans sa partie supérieure, s'incline vers la gauche pour se continuer avec le colon descendant resté dans sa situation normale. Inférieurement, ce cylindre se rétrécit rapidement et la partie inférieure du rectum a son calibre ordinaire. Le gros intestin, examiné en place avec les plus grands ménagements, n'est en aucun point comprimé par une tumeur quelconque ou serré par une bride, de quelque nature qu'elle soit. Il ne présente nulle part de coudure susceptible d'entraver le cours des matières, et sa surface extérieure est absolument normale.

La dilatation occupe la partie supérieure du rectum et l'S iliaque; les parties situées au-dessus ont leur volume à peu de chose près normal. En ouvrant les parties dilatées, on constate dans leur intérieur la présence d'une grande quantité de matières intestinales demi-liquides. La tunique muqueuse est le siège d'une inflammation très intense, elle présente une coloration rouge noirâtre qui ne disparaît pas par le lavage. Cette coloration s'arrête au point où cesse la dilatation. Il n'y a pas de traces d'ulcérations intestinales.

Les parties dilatées ont une circonférence de 33 centimètres. Dans aucun point, les parois du gros intestin ne sont épaissies et ne présentent de dégénérescence cancéreuse.

L'intestin grêle est sain, ainsi que l'estomac. L'utérus et les ovaires sont atrophiés. La vessie est dilatée, sa muqueuse est très congestionnée. Les reins sont de volume normal, la capsule est adhérente, le tissu rénal pâle et assez résistant à la coupe. Le foie, la rate sont sains; le cœur et les poumons ne présentent aucune lésion.

RÉFLEXIONS. — Les symptômes observés dans ce cas devaient faire croire à une obstruction intestinale causée par un obstacle mécanique, probablement par un cancer du côlon ascendant; l'absence de garde-robes pendant plus de dix jours, les douleurs occupant le côté droit de l'abdomen paraissaient en faveur de ce diagnostic. Cependant, l'autopsie a démontré l'absence de tout obstacle mécanique : la seule lésion était une dilatation énorme du gros intestin. Ce cas nous paraît devoir être rapproché de l'observation XXI de la thèse de M. Henrot (Thèse de Paris, 1865) que cet auteur considère comme une paralysie de l'intestin grêle ayant simulé un étranglement intestinal; et nous ne pouvons penser pour le cas actuel qu'à une paralysie du gros intestin consécutive à une constipation prolongée.

Nous signalerons l'absence de vomissements pendant toute la durée des accidents et l'apparition tardive du facies abdominal, phénomènes si fréquents lorsque le péritoine est intéressé.

M. MONOD fait remarquer que les paralysies de l'intestin ne produisent généralement pas des accidents de nature à provoquer l'opération de l'anus contre nature.

10. Tumeur du testicule; par M. DUPLAIX, interne des hôpitaux.

Le nommé Lefavre (Auguste), âgé de 35 ans, profession de métreur, entré le 18 février 1880 à la Charité, salle Saint-Jean, lit n° 13 (service de M. TRÉLAT).

Cet homme présente au premier abord les apparences d'une santé peu robuste. Dans son enfance, il a été sujet à des accidents scrofuleux tels que blépharite, impétigo du cuir chevelu, mais on ne trouve chez lui aucune manifestation syphilitique ou rhumatismale. Signalons, enfin, plusieurs maladies graves qu'il a eues pendant sa jeunesse et qui sont : la variole, la rougeole et la fièvre typhoïde.

Depuis l'âge de vingt ans, il jouit d'une santé relativement bonne, mais il s'enrhumé facilement, et, depuis plu-

sieurs années, la toux est continuelle, mais légère. Toutes les fonctions se font bien, l'appétit est resté excellent et les digestions sont faciles; cependant, le malade sent ses forces diminuer chaque jour et remarque qu'il maigrit depuis quelques mois.

Il présente une tumeur du scrotum du côté droit, depuis trois semaines seulement. La rapidité avec laquelle elle s'est développée est importante à signaler; le malade, en effet, déclare nettement avoir remarqué, un matin à son réveil, un gonflement considérable des bourses, alors que la veille celles-ci ne présentaient rien d'anormal. Cette tuméfaction était un peu douloureuse spontanément, mais les frottements, la pression augmentaient les douleurs, qui étaient surtout marquées sur le trajet du cordon. Aucun phénomène inflammatoire local ne s'est montré à cette époque, la peau du scrotum a conservé sa couleur normale et le malade n'a pas de fièvre.

Trois semaines après, le volume de la tumeur était énorme; mais dans les quinze derniers jours, celle-ci s'est développée lentement; c'est dans la première semaine qu'elle est arrivée à son maximum de développement.

A l'époque de l'entrée à l'hôpital, la tumeur a à peu près le volume du poing; c'est un ovoïde à grosse extrémité inférieure; la peau du scrotum est un peu rouge, luisante, mais sans adhérences à la masse sous-jacente. La consistance est égale partout; en aucun point on ne trouve de fluctuation, mais on perçoit une certaine mollesse qui, cependant, est plus accusée dans un point très limité en avant. On ne sent également aucune saillie, aucune bosselure; la tumeur est absolument lisse dans toute son étendue.

Une pression assez forte est nécessaire pour déterminer une légère douleur, mais celle-ci est plus accusée au niveau du cordon, qui est augmenté de volume. De plus, si la pression porte sur la partie postérieure de la tumeur, à peu près vers le centre, on détermine une sensation douloureuse analogue à celle que provoque la pression du testicule sain.

L'organe du côté gauche ne présente aucune augmentation de volume et n'est nullement douloureux. Le doigt, introduit dans le rectum, sent la vésicule séminale et la prostate, qui sont augmentées de volume du côté correspondant à la tumeur des bourses.

L'état général n'a guère été modifié par l'évolution de la tumeur; l'appétit est resté bon, mais la peau de tout le corps présente une coloration d'un blanc mat, et, à la face,

une teinte jaune assez prononcée. Depuis quelques mois, la toux est habituelle, quoique légère et peu douloureuse. La percussion de la poitrine révèle un peu de submatité au sommet gauche, et la sonorité normale dans le reste de l'étendue du thorax. A l'auscultation, on perçoit quelques craquements au sommet gauche, avec de l'expiration rude et prolongée. M. Trélat institue le traitement suivant : huile de foie de morue; frictions avec la pommade à l'iode de plomb.

1^{er} mars. La tumeur présente le même aspect et la même consistance; la peau, cependant, est adhérente par places et le volume semble avoir augmenté. La plus grande circonférence, passant par les deux extrémités, mesure 27 centimètres; la circonférence au niveau de la grosse extrémité perpendiculaire à la première mesure 21 centimètres. L'état général commence à être moins bon, le malade maigrit et perd l'appétit.

11 mars. M. Trélat fait l'ablation de la tumeur; le cordon est lié en masse et les lèvres de la plaie sont réunies par des points de suture.

Examen macroscopique. Sur une coupe antéro-postérieure de la tumeur, on remarque que celle-ci est développée entièrement aux dépens du testicule lui-même et qu'elle est nettement circonscrite par la tunique albuginée. On observe également une atrophie de l'épididyme, dont il ne reste plus que des vestiges au niveau de la tête et de la queue. Dans toute l'étendue de la coupe, la coloration est d'un blanc grisâtre, et l'on voit au milieu, dans un point qui correspond à la tête de l'épididyme, de petites saillies transparentes qui ont l'apparence des tubercules. L'examen sur des coupes durcies sera fait ultérieurement.

M. DÉJÉRINE dit que la tumeur, vue de près, présente sur la coupe des granulations qui semblent indiquer qu'il s'agit d'une orchite tuberculeuse.

M. MONOD fait plusieurs objections à cette opinion : la tumeur est manifestement testiculaire; il y a intégrité relative de l'épididyme; on peut, en regardant avec attention, retrouver l'apparence de structure du testicule; ce pourrait bien être un lymphadénome.

11. Calcul du pancréas se déversant dans l'estomac (fistule pancréatico-gastrique); par L. GALLIARD, interne des hôpitaux.

Chez un sujet de quarante-cinq ans, mort quelques mi-

nutes après son arrivée dans le service de M. HAYEM, à l'hôpital Saint-Antoine et pour lequel nous n'avons pu avoir aucun renseignement, nous avons trouvé, à l'autopsie, de nombreuses adhérences autour de l'estomac. La grosse tubérosité de cet organe était fixée au rein gauche et à la queue du pancréas. En ouvrant l'estomac, nous avons constaté l'existence d'une sorte d'infundibulum, auprès duquel se trouvait un petit calcul gros comme un pois. Nous crûmes d'abord avoir affaire à un calcul urinaire, mais en disséquant l'uretère et les calices, il était facile de constater que les conduits urinifères étaient libres et que le rein avait conservé son intégrité.

La queue du pancréas, au contraire, contenait à son extrémité une petite excavation, de la grosseur d'une noisette, et dans cette excavation siégeaient un grand nombre de petits calculs, dont les plus gros atteignaient la grosseur d'un grain de chènevis. Quelques calculs étaient en outre engagés dans les canaux pancréatiques. L'excavation n'était pas en communication directe avec l'estomac, mais l'infundibulum stomacal avait sa petite extrémité implantée dans le tissu de la glande, et c'était bien du pancréas que provenait le calcul qui se disposait à passer dans les voies digestives par cette fistule pancréatico-gastrique.

Les calculs ont été examinés par M. Ferry, chimiste distingué : ils sont composés en majeure partie de sulfate de chaux avec une petite quantité de carbonate de chaux.

En ouvrant l'intestin, nous avons constaté quelques plaques de Peyer tuméfiées, ce qui donnait à penser que le sujet avait succombé à une fièvre typhoïde au début.

12. Hydronéphrose; par L. GALLIARD, interne des hôpitaux.

Charles C..., âgé de soixante ans, entre le 9 février 1880 dans le service de M. HAYEM, hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Louis n° 11. C'est un vieillard assez maigre, paraissant fatigué et dont le facies indique un état grave. Il prétend avoir été toujours d'une bonne santé et n'a jamais interrompu ses fonctions de commis de librairie. Il ne se rappelle pas avoir eu de douleurs vives à l'abdomen, ni de symptômes du côté des organes génito-urinaires. Le seul antécédent à noter, c'est une fistule à l'anus ayant existé il y a deux ans.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, le malade au moment de partir pour son travail, a ressenti dans le côté gauche une vive douleur. Trois jours après, il s'est couché pour ne plus se relever. Depuis ce moment, il a souffert

d'une constipation opiniâtre, et a ressenti des coliques ; les douleurs étaient surtout marquées au flanc gauche. En même temps, il a perdu l'appétit et a maigri. Depuis quelques jours, il a remarqué que ses urines devenaient troubles.

Le soir de l'entrée, nous constatons qu'il est amaigri, mais sans teinte cachectique ; ce qu'il nous fait remarquer tout d'abord, c'est la vive douleur qu'il éprouve au flanc gauche, douleur exaspérée par les mouvements, la toux, la pression, sans irradiation aux cuisses, ni aux testicules. Au niveau du flanc et de l'hypochondre gauche, on observe une légère voussure de la paroi abdominale, mais sans œdème, sans changement de coloration de la peau. En palpant la région, on éprouve une résistance due surtout aux contractions musculaires que provoque la douleur ; à la percussion, un peu de submatité. La douleur existe également en arrière, aux lombes, mais à un moindre degré. Pas de symptômes gastro-intestinaux, sinon la constipation. Pas de symptômes pulmonaires, ni cardiaques, langue sèche. P. 88.

L'urine est grise, contient une quantité notable de pus ; mais il n'existe ni ténesme vésical, ni douleur au moment de la miction. Nous interrogeons le malade avec soin, sans trouver chez lui de traces, soit de calculs vésicaux, soit de coliques néphrétiques, soit même d'inflammation vésicale.

10 février. Même état. Large cataplasme laudanisé sur le ventre, huile de ricin 15 grammes.

En présence de la douleur, de la constipation opiniâtre, M. Hayem se demande s'il ne s'agirait pas ici d'un phlegmon péricolique ou d'une pérityphlite ; le caractère des urines doit faire penser aussi à la possibilité d'une périnéphrite, mais il n'y a pas de signe qui permette d'affirmer l'inflammation de l'atmosphère cellulaire du rein.

11 février. Le malade a eu des selles en purée. Il a du hoquet, la langue sèche, une soif vive, du dégoût pour les aliments. Aux deux bases en arrière, on trouve à l'auscultation des râles fins. La douleur de côté est un peu moins vive, ce qui permet la palpation ; en même temps, la tuméfaction paraît augmenter. M. Périer vient voir le malade avec M. Hayem et constate l'existence d'une poche fluctuante qui ne peut être rapportée, d'après lui, qu'à une hydronéphrose ou à un kyste rénal. Les urines sont toujours purulentes. Le soir : pouls, 92. Les douleurs sont encore vives et nécessitent une injection de chlorhydrate de morphine (5 milligr.)

12 février. On perçoit la fluctuation quand on a soin de

faire appuyer la main d'un aide sur la partie médiane de l'abdomen, afin de fixer la tumeur en place. On a donc bien la sensation d'une poche pleine de liquide. — Soir. Le hoquet continue. Le malade est immobile, couché sur le dos, avec de vives douleurs et la langue sèche. Il a vomi dans l'après-midi. Pouls, 76, facies grippé. Nouvelle injection sous-cutanée de morphine.

13 février. Mort, le soir, à cinq heures.

AUTOPSIE. — En ouvrant l'abdomen on constate, après avoir soulevé le grand épiploon, que le colon transverse se porte très obliquement à gauche et en haut ; le colon descendant à sa position normale, mais il est affaissé et adhère aux parties sous-jacentes. Après l'avoir détaché, on voit apparaître une vaste poche qui soulève le péritoine. Elle a la forme d'un ovoïde, long de 27 centimètres, large de 14 centimètres, qui s'étend le long de la colonne vertébrale, depuis la fosse iliaque jusqu'au niveau de la dixième vertèbre dorsale. Cette poche présente à sa partie moyenne une bandelette fibreuse transversale, qui la divise en deux lobes principaux ; de cette bandelette partent plusieurs travées fibreuses secondaires. Les parois du kyste ne sont pas fortement distendues par le liquide ; on perçoit la fluctuation d'une extrémité à l'autre.

La rate s'applique à la partie supérieure du kyste et se trouve ainsi refoulée contre le diaphragme. L'intestin grêle est également refoulé vers le côté droit. De ce kyste volumineux, qui résulte de la transformation totale du rein gauche, part, à la partie inférieure, un uretère manifestement épaissi. En l'ouvrant, on voit s'écouler un liquide purulent, analogue à celui que contient la vessie. Il est séparé en deux loges principales par un anneau fibreux, correspondant à la bandelette signalée plus haut et percé d'un orifice arrondi, de la dimension d'une pièce de cinq francs. Les parois du kyste sont d'épaisseur inégale, très minces sur certains points, ne dépassant jamais un centimètre dans les points les plus épais. On voit s'y dessiner un grand nombre de cloisons saillantes qui limitent des alvéoles de dimensions variables, uniformément arrondis. Ces alvéoles ont des parois d'autant plus minces qu'ils sont plus larges et plus dilatés. L'un d'eux, assez épais, présente un orifice relativement étroit et une cavité profonde avec des loges secondaires.

La section de l'uretère montre un conduit à parois épaissies, sans diminution appréciable du calibre. Au voisinage de la poche, existe un rétrécissement manifeste sur une longueur de un centimètre et demi, et, en ce point, la

paroi est plus épaisse, plus dense ; on y voit quelques veinules dilatées. Au-dessus de ce point, commence brusquement la dilatation kystique, ce qui donne à penser que là est la cause de la dilatation des calices et consécutivement de l'atrophie rénale. Du côté opposé, à droite, le rein présente une dilatation des calices et du bassin, mais à un faible degré ; le tissu rénal ne présente qu'une atrophie légère. La poche kystique pourrait loger à peu près une grosse noix. Sur les parois, se trouvent les rudiments de la disposition, en loges ou en alvéoles, que nous avons décrites pour le rein gauche. L'uretère n'est pas dilaté, n'a pas de parois épaissies.

La vessie ne présente pas de lésion récente. L'orifice de l'uretère droit y paraît un peu rétréci. Elle est remplie de pus.

Le poumon gauche a une plèvre épaissie, avec adhérences sur toute sa hauteur. Il est congestionné à la base. Le poumon droit n'offre qu'un point limité de congestion à la base.

Cœur. Athérome léger à l'origine de l'aorte. La paroi du ventricule gauche est un peu épaissie. Le foie est large de 27 centimètres ; il a sa consistance normale. La vésicule contient une bile noirâtre.

La rate n'a que 13 centimètres de longueur, elle est atrophiée, aplatie, molle et ridée à sa surface ; à la coupe, on y voit un tissu fibreux, épaissi et une pulpe peu abondante.

Examen histologique. Notre examen a porté sur l'uretère du côté malade et sur les parois de la poche hydronéphrétique. L'uretère présente, à une petite distance du kyste, tous les caractères de l'inflammation chronique. La tunique externe conjonctive est notablement épaissie ; les fibres musculaires lisses sont dissociées sur plusieurs points par un tissu conjonctif épais ; partout les vaisseaux sont entourés de noyaux embryonnaires, qui se retrouvent également dans l'intervalle des faisceaux conjonctifs. Les vaisseaux sont dilatés, principalement les veines, et remplis de globules sanguins, mêlés de globules purulents. La muqueuse est également enflammée.

Dans le point rétréci, long de un centimètre et demi, se retrouvent les mêmes lésions, mais plus accentuées encore, surtout en ce qui concerne l'épaississement du tissu conjonctif, même infiltration de globules de pus et de noyaux embryonnaires, mêmes dilatations vasculaires, avec péri-artérite et périphlébite. Quant à la paroi kystique, elle est constituée presque uniquement par du tissu fibreux. Nous

y trouvons du tissu conjonctif enflammé avec une grande abondance de noyaux. Sur quelques points, on retrouve des traces de canalicules urinifères, dont la lumière est obstruée par des coagula anciens. Quelques glomérules se voient aussi ça et là, mais transformés en masses fibreuses. Les vaisseaux, assez nombreux, rarement dilatés, sont entourés de zones inflammatoires.

CONCLUSIONS. — C'est la partie rétrécie de l'uretère qui a dû, comme M. Hayem nous l'a fait remarquer, être le point de départ de la dilatation des calices, de l'hydronéphrose, puisque cette dilatation commence brusquement au-dessus du rétrécissement et ne présente pas de disposition infundibuliforme, comme cela pourrait se faire si la paroi de l'uretère avait cédé progressivement. Ce rétrécissement de l'uretère peut être comparé aux rétrécissements de l'urèthre, produits dans des circonstances analogues à la suite d'inflammation du canal. L'uretère a dû s'enflammer consécutivement à une cystite ancienne, quoique le malade ait ignoré cette affection. Rappelons ici que nous n'avons pas retrouvé dans son histoire pathologique la moindre trace de calculs urinaires, dont la présence aurait pu nous expliquer les lésions que nous venons de décrire.

13. Nécrose phosphorée du maxillaire inférieur; par M. MEUNIER, interne des hôpitaux.

Muller Jacques, âgé de 52 ans, que nous trouvons au mois de janvier 1880 à l'hôpital de Bicêtre, salle Saint-François, lit n° 29, a été admis comme pensionnaire le 27 décembre 1860, pour infirmité résultant de la nécrose du maxillaire inférieur consécutive à l'absorption d'émanations phosphoriques.

Entré dans une fabrique d'allumettes chimiques en 1856, il ressent, au commencement de 1858, les premiers symptômes de l'intoxication, et il est reçu le 20 août 1858 à l'hôpital temporaire de la vieillesse, où il reste jusqu'à son admission définitive dans l'hospice de Bicêtre.

Pendant ce temps, toutes les dents de la mâchoire inférieure tombent; la plus grande partie de l'os est éliminée soit spontanément, soit à l'aide d'une opération, qui consiste en deux incisions, faites le long du bord inférieur de l'os, l'une à droite, l'autre à gauche, à partir de l'angle postérieur, et s'étendant à 5 ou 6 centimètres en avant. Le malade est

incomplètement guéri. Le travail pathologique persiste ; son évolution ne comporte rien de particulier, et durant les dix-neuf années qui suivent, l'état local ne se modifie pas notablement.

Etat actuel. — Mâchoire inférieure. Lorsqu'on enlève le bandeau qui soutient la mâchoire et la charpie du pansement, on remarque immédiatement une difformité considérable, bien qu'elle soit en partie masquée par la barbe. La mâchoire inférieure offre de petites dimensions relativement au volume de la tête ; elle paraît comme écrasée de bas en haut et rétrécie transversalement. Le menton est court et fuyant. — La joue gauche présente une perforation elliptique de 6 centimètres de diamètre, qui commence au-devant et un peu au-dessous de l'oreille, et se dirige en bas et en avant. Les bords, lisses et réguliers, donnent attache en dehors à la peau, en dedans à la muqueuse buccale. On aperçoit la langue, la mâchoire supérieure, et le voile du palais. — La joue droite présente de même, inférieurement, au niveau de l'angle de la mâchoire, un orifice de 1 centimètre et demi de diamètre, qui communique avec la bouche par une sorte de canal, dont les parois sont irrégulières et suppurent. Un stylet, dirigé sur la paroi postérieure, arrive sur l'os. En avant, se détache une cicatrice de 1 centimètre, parallèle au bord de l'os.

La bouche étant ouverte, on remarque que les dents et les gencives de la mâchoire inférieure manquent totalement. A droite et à gauche sont les orifices internes des perforations correspondantes. Le malade perd peu de salive.

Etat général. Maigreux extrême. Intelligence déprimée, mémoire très faible, apathie, hypochondrie, lassitude et dégoût de la vie. — Cyanose de la face et des membres supérieurs, s'exagérant certains jours par accès et envahissant tout le corps. — Emphysème considérable ; foie abaissé de trois travers de doigt. — Rien au cœur. — Alimentation très difficile, liquide presque exclusivement.

Le malade meurt le 28 février par suite de son affaiblissement progressif.

AUTOPSIE. — L'examen des viscères ne révèle rien de particulier, à part l'emphysème pulmonaire et la dilatation hypertrophique du cœur droit. Le maxillaire inférieur, débarrassé des parties molles, ne conserve du maxillaire normal que sa disposition arquée. Le corps et les branches ont subi dans leur configuration des modifications telles que l'os rappellerait un peu le maxillaire des batraciens. — Les branches sont moins larges, moins épaisses, plus courtes, plus irrégulières. Il ne reste rien des condyles, presque

rien de leur col. L'échancrure sigmoïde est à peine marquée. Les apophyses coronaires sont amincies, faibles. Le trou dentaire inférieur a disparu. — Le corps se réduit à un arc mince, arrondi, qui s'élargit et se renforce à la symphyse; les apophyses géniales sont très développées. Du côté gauche de la symphyse, on voit une forte saillie dirigée en haut et en dedans en forme de bec. Son bord externe est uni au bord antérieur de la branche gauche par une bandelette osseuse incomplète, et remplacée en un point par un cordon fibreux court et résistant, de façon à circonscrire avec le côté correspondant du corps un large orifice. De même, la partie moyenne de la portion droite du corps est unie au bord antérieur de la branche droite par une languette osseuse oblique, qui concourt à délimiter un orifice de dimension plus petite. La longueur du corps égale 16 centimètres. La distance des ongles 8 centimètres. Sur un maxillaire sain les mêmes dimensions sont 17,5 et 10 centimètres.

Les angles ont donc été fortement attirés en dedans et en haut par l'action des ptérygoïdiens internes.

Le tissu de l'os ne présente pas partout les mêmes caractères. Pour le corps, il est blanc, lisse, dur, résistant, compact. Pour les branches il est grisâtre, rugueux, spongieux. Ces différences étaient très accentuées lorsque l'os était fraîchement nettoyé. Le périoste était plus épais et plus facile à détacher sur le corps, qui présentait à sa surface une grande quantité de petits points rouges.

RÉFLEXIONS. — Cette observation ne nous présente rien de particulier, de spécial au point de vue de l'anatomie pathologique, mais nous avons à relever les points suivants :

1° Le malade a survécu près de vingt ans aux accidents de l'intoxication, malgré une alimentation défectueuse, et la perte constante, mais faible, de la salive. — 2° Le maxillaire ancien a été éliminé en grande partie et remplacé par un os nouveau (corps). — 3° Le travail pathologique (ostéite raréfiante) a persisté dans les portions non éliminées (branches). — 4° Les productions osseuses que l'on a décrites sous le nom d'ostéophytes phosphoriques manquent.

14. Kystes hydatiques de l'hémisphère gauche du cerveau (zone motrice). — **Epilepsie partielle** (du membre supérieur droit); par G. BAILLET et F. LALESQUE, internes des hôpitaux.

Le malade dont il s'agit a été observé à la Maison muni-

cipale de santé, dans le service de LÉCORCHÉ, le cerveau a été examiné au laboratoire de M. CHARCOT à la Salpêtrière.

Bal., 41 ans, écrivain au chemin de fer du Nord, est né de parents très irritables; la mère surtout avait de fréquents accès de colère: elle se plaignait en outre souvent de maux de tête. Aîné de trois rhumatisants, il n'eut jamais de rhumatismes; à 16 ans, fièvre intermittente à type tierce qui dura 10 mois et céda au sulfate de quinine, et peu de temps après pneumonie qui s'accompagna d'un délire violent.

Il y a 20 ou 22 ans, petite grosseur boutonneuse sur la face interne du prépuce, petite grosseur que le malade pense avoir été un chancre, il n'y eut pas de bubon de l'aine. On ne peut savoir si ledit chancre fut suivi de roséole. Fréquents maux de gorge depuis (le malade est grand fumeur de cigarettes), actuellement il n'existe aucun ganglion, ni cervical, ni inguinal; le sommet de la tête est à peu près dégarni de cheveux. Excès alcooliques il y a un certain nombre d'années.

Comme ses parents, ce malade est d'une irritabilité extrême et, ordinairement, après ses excès de colère, il est pris d'une céphalalgie intense. Il est très sensible à l'action du café qui le surexcite beaucoup et lui donne des sensations de fourmillements dans les extrémités supérieures. Au mois d'août dernier, la céphalalgie devient plus fréquente et au mois de septembre, l'affection actuelle se manifeste par une crampe des écrivains dans la main droite avec demi-flexion de l'avant-bras; sous le bras, douleurs contusives et déchirantes, et spasmes cloniques dans les muscles du membre supérieur. Chaque crise convulsive et douloureuse durait environ 10 minutes. Les crises furent très fréquentes dans les premiers jours de l'affection, plusieurs s'accompagnèrent d'irradiations douloureuses dans le côté droit du thorax; deux fois les muscles du côté droit du cou et de la face ainsi que ceux de l'œil du côté gauche furent pris de secousses convulsives. Le bromure de potassium et les douches froides n'amènèrent pas d'amélioration.

Au mois de janvier, le malade se plaint d'une céphalée légère et continue, à maximum siégeant à gauche dans la région du sillon de Rolando, avec paroxysmes pendant lesquels la douleur devient intolérable et s'étend du front à la nuque. Après sa céphalalgie, c'est de ce qu'il nomme ses crises que le malade se plaint le plus. Voici en quoi elles consistent.

Crampe des écrivains de la main droite, douleurs contusives et déchirantes dans la continuité du membre supé-

rier droit, souvent accompagnées de secousses convulsives, qui quelquefois sont localisées dans les muscles de l'épaule. Douleurs contusives dans la nuque, sans que la pression les augmente ou les diminue. Légère névralgie faciale du côté gauche.

Le nombre de ces crises est variable pour chaque jour, mais, tous les jours il en survient au moins une, elles se montrent avec une fréquence égale la nuit et le jour, souvent elles ne consistent qu'en une simple contraction.

La face est vultueuse, il n'existe pas de paralysie faciale. Les globes oculaires sont très saillants, les pupilles sont en moyenne dilatation et peu sensibles. Le malade est presque toujours couché sur son lit, il parle très peu, il est sombre et très irrésolu. Couché, il se meut tout d'une pièce, se traînant ou se roulant sur son lit. Il ramène, à l'aide de la main gauche le bras droit le long de la poitrine. Ce bras en effet est parésié, les doigts sont un peu ramassés dans la main, le poignet est demi-fléchi, l'avant-bras est dans la demi-flexion sur le bras. Lorsque ce bras repose sur le lit, le malade peut encore le remuer un peu.

On constate la disparition des saillies musculaires normales du membre ; à la pression, ces masses semblent plus flasques que celles du côté opposé. Le membre supérieur droit est moins volumineux que celui du côté gauche, sa couche graisseuse sous-cutanée semble néanmoins plus épaisse.

Diminution de la force musculaire constatée par la différence de pression des deux mains, sensibilité absolument normale dans tous ses modes.

Diminution de la force musculaire du membre inférieur droit qui traîne pendant la marche. De temps en temps, sensation de fourmillements ou d'engourdissements, plus rarement raideurs musculaires passagères. Traitement : iodure et bromure de potassium, potion éthérée, pointes de feu le long du rachis.

Dans les derniers jours de janvier, le malade devient plus sombre, il ne se lève que rarement, ne parle que lorsqu'on l'interroge et pour ne répondre que par monosyllabes. Les yeux sont plus saillants. Les crises douloureuses sont plus fréquentes, mais elles siègent principalement à la nuque. Il n'y a plus de secousses convulsives. La mémoire semble diminuer beaucoup.

1^{er} Février. Membre supérieur droit pendant le long du corps dans la station verticale ; au lit, le malade peut encore l'écartier légèrement du tronc. Diminution appréciable du volume des muscles fléchisseurs de l'avant-bras et

des doigts. Saillies osseuses de l'épaule droite plus visibles qu'à gauche. Diminution du volume du bras et augmentation de la couche graisseuse sous-cutanée. Doigts fléchis dans la paume de la main, le pouce libre, les ongles n'excoriant pas la peau de la paume. La pression des couches musculaires de ce membre est douloureuse et le malade y accuse des douleurs spontanées à caractères indéterminés. Sensibilité normale dans tous ses modes. Légère diminution de volume et un peu de perte de force musculaire au bras gauche.

Membre inférieur droit parésié; jambe trainante sur le sol, sensibilité normale de ce membre, raideur du cou et douleurs dans la nuque et la face revenant sous forme d'accès plusieurs fois chaque jour. Pupilles ordinairement contractées, un peu de surdité, face vultueuse, yeux saillants.

Du 1^{er} au 4 février, rapidement, apparition d'une grande gêne dans la parole, qui est trainante et hésitante.

4 Février. Pincement de la peau de la face dorsale de la main non perçu. On peut enfoncer une épingle dans l'éminence thénar. Retard des sensations perçues au bras. Déviation de la commissure labiale gauche en bas. Déviation de la pointe de la langue à droite, légère déviation de la luette du même côté.

7 Février. Résistance considérable des muscles fléchisseurs de l'avant-bras quand on veut l'étendre sur le bras. La sensibilité est revenue sur le dos de la main droite, il semble même y avoir de l'hyperesthésie. La parole est de plus en plus embarrassée; on ne peut comprendre le malade qu'avec la plus grande difficulté. Signes ordinaires d'une paralysie faciale de moyenne intensité. Pas de vomissements quand le malade prend ses potages; mais sensation d'étouffement immédiatement après leur déglutition.

12 Février. Contracture plus prononcée au membre supérieur, paralysie de la jambe droite, hémiparésie du côté gauche. Face pâle. Paralysie faciale stationnaire, le malade semble pourtant mieux articuler ses mots. Luette très déviée à droite. Déglutition gênée, étouffements.

15 Février. Sensibilité normale. Prononciation impossible. Un accès de fureur.

15-20 Février. Contracture de plus en plus accentuée dans les fléchisseurs des doigts. Régurgitation des aliments. Le malade reste dans le décubitus dorsal et dans le mutisme, il est devenu gâteux. Les globes oculaires sont beaucoup moins saillants.

20-22 *Février*. Somnolence. Le 22 au soir coma. Mort dans la nuit. Il n'y a pas eu de troubles de la vue pendant toute la durée de la maladie.

AUTOPSIE. — Congestion pulmonaire. Une incision franche et bien perpendiculaire à la peau montre une couche graisseuse sous-cutanée pas plus épaisse du côté paralysé que du côté sain, au contraire. Les muscles du côté paralysé sont moins volumineux, mais ne sont pas moins colorés. Les deux sciatiques sont de même volume et de même aspect.

Cerveau. a. *Hémisphère droit*. Pas de lésions. — b. *Hémisphère gauche*. 1. *Surface externe* : En examinant la face externe de cette hémisphère, on aperçoit deux petites tumeurs gélatineuses et translucides, proéminent très légèrement au-dessus du niveau de la substance nerveuse. Ces tumeurs occupent, l'une la partie moyenne de la frontale ascendante, l'autre, située en arrière et un peu plus bas, soulève la pariétale ascendante un peu au-dessus de son tiers inférieur. En grattant légèrement la substance cérébrale, on s'aperçoit bientôt que les deux kystes précédemment décrits ne sont pas les seuls. En effet, il en existe un troisième au niveau du pied de la 2^e circonvolution frontale.

Il nous est facile avec un scalpel d'énucléer les kystes qui ne sont pas adhérents à la substance nerveuse. Nous enlevons aussi ceux de la frontale et pariétale ascendante, qui ont le volume d'une grosse noisette.

Après avoir énucléé le kyste superficiel du pied de la 2^e frontale, nous nous apercevons que ce kyste est logé dans une vaste poche d'où nous pouvons extraire trois autres kystes plus profondément situés. Le plus volumineux de ces kystes a à peu près les dimensions d'une noix.

Sur les coupes méthodiques destinées à nous permettre d'apprécier l'étendue réelle et la profondeur des lésions, nous constatons ce qui suit :

2. *Coupe pré-frontale*. Pas de lésions.

3. *Coupe pédiculo-frontale*. Cavité kystique du volume d'une noix occupant le faisceau pédiculo-frontal moyen, refoulant en l'aplatissant la couche corticale sus-jacente, et perforant même sur un point cette couche corticale.

4. *Coupe frontale*. Le faisceau frontal moyen est réduit à l'état de cavité ; cette cavité se prolonge en se rétrécissant jusqu'au faisceau frontal supérieur qu'elle détruit en partie.

5. *Coupe pariétale*. Mêmes lésions. C'est encore là le faisceau moyen qui fait les frais de la cavité kystique. Toute-

fois, les faisceaux supérieurs et inférieurs sont aussi intéressés dans une petite étendue.

6. *Coupe péliculo-pariétale.* Sur cette coupe le faisceau pariétal supérieur est en partie détruit par la tumeur qui empiète aussi sur le faisceau inférieur.

En pratiquant les différentes coupes précédentes nous arrivons à énucléer quelques kystes que nous n'avions pas enlevés par les perforations de la couche corticale précédemment mentionnées. Nous arrivons aussi à un chiffre total de huit kystes, le plus petit ayant le volume d'une noisette, le plus gros celui d'une noix.

Ces kystes gélatineux et translucides renferment un liquide transparent; parfaitement indépendants les uns des autres, ils constituent autant de vésicules isolées ne renfermant pas dans leur intérieur de vésicules filles. Il s'agit là, comme nous le montre la présence des crochets dans le liquide intra-vésiculaire, de kystes à cysticerques.

Tous ces kystes sont logés dans une vaste poche commune formée par le refoulement et le tassement de la substance nerveuse périphérique, poche qui, sur chacune des coupes, se présente avec l'aspect que nous avons signalé plus haut. Toutefois, le petit kyste de la circonvolution frontale ascendante que nous avons aperçu sur la face externe de l'hémisphère et énucléé avant la coupe, était logé immédiatement au-dessous de la couche corticale, et sa loge était séparée par quelques fibres blanches de la grande loge commune.

En résumé : vaste anfractuosité renfermant huit kystes de la grosseur d'une petite noisette ou d'une noix, s'étendant depuis le pied des circonvolutions frontales en avant, jusqu'au lobule pariétal en arrière, ayant détruit les faisceaux blancs moyens, légèrement touché les faisceaux blancs supérieurs (frontal et pariétal supérieurs) et confinant aux faisceaux inférieurs (frontal et pariétal), ayant enfin, sur 2 ou 3 points que nous avons mentionnés ci-dessus, perforé la couche corticale, d'ailleurs aplatie au niveau des autres parties de la tumeur, telle est la lésion que nous avons observée.

RÉFLEXIONS. — Il est à peine besoin de faire ressortir l'intérêt qui se rattache à la comparaison des symptômes et du siège des lésions. Cliniquement nous avons eu ici affaire au tableau désormais classique de l'épilepsie partielle accompagnée d'hémiplégie. Les phénomènes symptomatiques permettaient de déterminer par avance le siège des altérations; ici encore la clinique donne pleinement raison à la doctrine

des localisations motrices. Le remarquer c'est aujourd'hui redire une banalité. Mais il est un point qui mérite cependant de fixer tout particulièrement l'attention. On aura remarqué, en lisant l'observation clinique, que chez notre malade les premiers troubles moteurs ont été localisés au membre supérieur droit, et ont simulé le spasme fonctionnel bien connu sous le nom de crampe des écrivains. Il est vraisemblable qu'à ce moment la lésion était nettement circonscrite dans des limites restreintes, de même que les symptômes étaient localisés à quelques groupes musculaires. Quel est le point où, suivant toute probabilité, siégeait cette lésion ? La question a une réelle importance. On se rappelle que MM. Charcot et Pitres ont émis l'idée que le centre cortical, pour les mouvements isolés du membre supérieur du côté opposé, siège dans le tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante. Jusqu'à présent, bien que toutes les vraisemblances soient du côté de l'opinion émise par les précédents auteurs, aucun fait décisif n'est venu consacrer définitivement leur idée. Cependant « c'est toujours au voisinage de la région (tiers moyen de la frontale ascendante) que siègent les altérations qui déterminent l'épilepsie partielle débutant par le bras, et c'est à son niveau même qu'elle siégeait dans un cas où les phénomènes convulsifs étaient accompagnés de monoplégie brachiale (fait de Mahot, obs. 27, mémoire de Charcot et Pitres. — *Revue mensuelle*, mai 1877). » — Or, dans le cas que nous rapportons, c'est au niveau des faisceaux frontal et pariétal moyens que l'anfructuosité renfermant les kystes est la plus vaste, c'est là vraisemblablement que la tumeur s'est développée à l'origine, poussant ultérieurement des prolongements en avant et en arrière par suite du développement de nouveaux kystes. Nous n'insisterons pas d'ailleurs, le cas ayant perdu au point de vue du fait spécial, une partie de l'intérêt qu'il aurait certainement présenté, si le malade avait succombé à une période plus rapprochée du début de l'affection. Quoi qu'il en soit, nous tenions à faire remarquer que, si l'on veut interpréter les faits au point de vue de l'opinion de MM. Charcot et Pitres, notre observation, loin d'être en contradiction avec cette opinion, vient plutôt l'appuyer.

Nous ferons, en dernier lieu, une simple remarque au sujet de l'état de la sensibilité. Quelques auteurs (voir : Tri-

pier, *Revue mensuelle de janv. et fév. 1880*) ont pensé que les lésions de la zone motrice s'accompagnaient de troubles des fonctions sensitives et que l'anesthésie était l'accompagnement obligé des altérations de cette zone. Or, bien que les lésions aient ici détruit une grande partie des fibres qui émanent des points psycho-moteurs, il n'y a pas eu d'anesthésie dans le sens droit du mot. Sans doute, dans l'observation, on note que du 4 au 7 février le pincement de la face dorsale de la main gauche n'était pas douloureux, et que, d'autre part, il y avait un retard des sensations perçues au bras. Mais ces phénomènes ne se sont montrés que durant 3 jours ; avant le 4 février et après le 7, on n'a jamais constaté d'anesthésie, bien qu'elle ait été soigneusement recherchée. Il nous semble donc qu'il est logique d'attribuer à une cause, difficile à déterminer à la vérité, mais autre que la lésion cérébrale elle-même, un trouble tout à fait passager de la sensibilité. Si, en effet, la perturbation sensitive avait été sous la dépendance de la tumeur cérébrale et de la lésion de tel ou tel territoire, elle aurait dû se développer et évoluer parallèlement à cette lésion.

15. M. COUDRAY montre un *tibia* atteint d'*ostéo-myélite diffuse*, ayant nécessité l'amputation ; il y avait du pus dans l'articulation du genou.

16. M. CARAFI présente une *hernie diaphragmatique congénitale*.

Séance du 19 mars

PRÉSIDENCE DE M. RENDU.

17. M. DÉJÉRINE présente un *cœur* qui lui paraît bien montrer le mode de production de l'insuffisance mitrale consécutive à l'insuffisance aortique. Il s'agit d'un individu non rhumatisant, mais alcoolique, qui en était aux vertiges et aux syncopes ; quand il entra à l'hôpital, il était en asystolie, mais ne présentait pas l'aspect d'un mitral ; son pouls était fort, les urines étaient très albumineuses et se prenaient

presque en masse. On entendait deux souffles à la base et les bruits de la pointe étaient très sourds; la matité du cœur ne pouvait être bien délimitée à cause de l'emphysème pulmonaire. Il est mort subitement. Le cœur, très volumineux, pèse 750 grammes. Il y a une insuffisance aortique manifeste, mais pas de rétrécissement; le ventricule gauche est très allongé et la valvule mitrale est insuffisante, mais ne présente que peu d'épaississement; la crosse de l'aorte est criblée de foyers athéromateux.

M. RENDU fait remarquer que les valvules aortiques sont relativement peu altérées et que l'insuffisance paraît surtout due à la dilatation de l'orifice, ce qui est rare.

18. Pemphigus congénital syphilitique. Éruption généralisée à tout le corps, sauf à la paume des mains et à la plante des pieds; par E. LABAT, interne des hôpitaux.

Le 13 mars 1880, à 4 heures du soir, accouchait à la Maternité la nommée Louise Cabot, âgée de 22 ans, journalière, née à Sèvres. L'accouchement se faisait après un travail de vingt-six heures. Position du sommet en O. I. D. P. Délivrance naturelle. Le nouveau-né était une fille du poids de 2,100 grammes.

La mère était entrée à la Maternité un mois avant la fin de sa grossesse; extrêmement fatiguée par une marche forcée de Saint-Quentin à Paris, en trois jours. Contusion des deux talons. Un peu d'albumine dans les urines. Sous l'influence de quelques jours de repos, les douleurs des talons disparurent et l'albumine aussi. C'est une femme petite, grosse, d'apparence lymphatique. Elle est enrouée et sa voix a un caractère *crapuleux* tout particulier.

D'ailleurs, elle nous avoue qu'elle est fille publique; qu'il y a trois ans, pendant le cours d'une première grossesse, elle a contracté la syphilis; que son chancre, dont on lui avait fait à Saint-Lazare une auto-inoculation sans succès, fut suivi d'une abondante éruption de taches sur le corps; qu'enfin, elle suivit pendant plusieurs mois le traitement spécifique. Si nous insistons sur ces détails, c'est qu'actuellement le diagnostic rétrospectif de syphilis serait difficile: rien, ni dans la peau, ni dans l'état des ganglions ne pourrait la faire soupçonner. Seule, sa laryngite est suspecte, et encore peut-elle s'expliquer par les habitudes de débauche de la malade.

Sa première grossesse, dont nous venons de parler, se termina à terme par la naissance d'une fille morte, qui ne

présentait pas d'éruption. Un an après, une seconde grossesse se terminait à huit mois, par la naissance d'un garçon mort-né sans éruption. Sa troisième grossesse est celle que nous avons vu se dénouer à la Maternité. D'après l'époque probable des dernières règles, l'enfant était à terme. C'était, comme nous l'avons dit, une fille du poids de 2,100 grammes.

Cette enfant a mauvais aspect; elle crie peu et son cri est faible; sa respiration est courte, incomplète. Son corps est couvert d'une éruption généralisée de pemphigus.

Cette éruption est beaucoup plus abondante sur la face antérieure du corps que sur la face postérieure. Elle est confluyente sur le ventre, sur la poitrine, sur la face, sur le cuir chevelu; les bulles sont nombreuses.

Les bulles sont presque toutes crevées; la plupart sont grandes comme des pièces de cinquante centimes et de un franc. Sur les limites de la bulle, on voit des fragments d'épiderme ratatiné. Le fond de la bulle est d'un rose terne sur certains points, d'un rose vif sur d'autres; par places, d'une coloration cuivrée. A la face, c'est plutôt une teinte lie de vin. Partout les lésions sont superficielles, sauf au niveau du lobule de l'oreille gauche, où l'on voit une ulcération, comme un gros pois, de quelques millimètres de profondeur. Sur la face antérieure de l'avant-bras, deux ou trois bulles, plus petites que des pièces de vingt centimes, sont intactes et remplies d'une sérosité roussâtre. A la face palmaire des mains et plantaire des pieds, l'épiderme est fin, lisse, luisant, *mais sans aucune lésion*.

L'enfant meurt au bout de douze heures.

AUTOPSIE. — Elle ne nous a révélé aucune lésion viscérale dans le foie, la rate, les reins, les poumons et le cerveau. Pas de coryza.

Ce pemphigus *congénital syphilitique*, a donc présenté ceci de particulier, c'est que l'éruption était très généralisée et ne manquait que dans les points où sa présence est regardée comme caractéristique, la *paume des mains* et la *plante des pieds*.

M. LETULLE pense qu'il s'agit ici d'un pseudo-pemphigus, d'une siphylide érythémateuse, qui est devenue bulleuse par suite de l'imbibition par le liquide amniotique.

M. RENDU fait remarquer que quelques-unes des lésions présentées par ce fœtus ont une grande ressemblance avec les plaques muqueuses cutanées.

19. Recherches anatomiques sur la glande sous-maxillaire et son canal excréteur. Glande sous-maxillaire accessible; par E. NITOT, ancien interne des hôpitaux, aide-d'anatomie de la faculté de médecine.

A propos d'un travail que je m'étais proposé de faire sur l'histoire des calculs salivaires, j'ai dû me livrer à un certain nombre de recherches sur la disposition anatomique des glandes salivaires, et notamment de la glande sous-maxillaire et de son canal excréteur. J'ai pu constater, d'après les nombreuses dissections que je fis à l'École pratique, un détail d'anatomie que l'on peut considérer comme normal et que je n'ai trouvé signalé dans aucun ouvrage, sauf dans celui de M. Tillaux, qui en parle en passant, et en donne une figure tout à fait schématique, avec une disposition que je n'ai jamais rencontrée.

Lorsque l'on dissèque le plancher buccal, après avoir préalablement injecté par l'*ostium umbilicale* le canal de Wharton soit au mercure, soit à la parafine colorée, en ayant soin de tenir la pièce dans l'eau chaude, de manière que l'injection soit très pénétrante, on constate que, parmi les glandules nombreuses qui forment l'amas de glandes sublinguales, il existe un groupe glandulaire spécial dont le canal excréteur se déverse dans le canal de Wharton. Ce groupe glandulaire n'est pas constant; toutefois, je dois dire que, d'après mes recherches, il existerait au moins dans la moitié des cas.

Lorsqu'il existe, il affecte invariablement la disposition suivante: il est complètement isolé du corps de la glande sous-maxillaire, et situé à une assez grande distance d'elle, de sorte qu'on ne saurait le considérer comme un prolongement antérieur de la glande. Il est profondément couché horizontalement sur le plancher buccal, accolé au muscle génio-glosse. Sa direction est antéro-postérieure; son volume est variable; sa forme représente assez bien celle d'un petit ovoïde à grosse extrémité tournée en avant, à petite extrémité tournée en arrière et de laquelle semble partir le canal excréteur. Muni de son canal excréteur, ce groupe glandulaire forme une anse très prononcée qui reçoit dans sa concavité, dirigée en avant, le nerf lingual au moment où ce nerf va se séparer en filets nombreux qui se rendront dans la muqueuse buccale.

Le canal excréteur de ce petit groupe glandulaire est extrêmement variable: tantôt il est très court et les acini semblent y être accolés dans toute son étendue, comme le

montre la figure que nous avons fait représenter; dans ce cas, le canal accessoire s'ouvre dans le canal de Wharton, vers son tiers antérieur. D'autrefois, le canal est plus long, plus nettement séparé du reste de la glande, et s'ouvre, dans ce cas, généralement plus en arrière, vers la partie moyenne du canal de Wharton.

Doit-on ranger ce groupe glandulaire, qui fait évidemment partie des glandes en grappe, parmi les amas glanduleux qui constituent la glande sublinguale? Faut-il, au contraire, le rattacher à la glande sous-maxillaire?

Il est aujourd'hui un fait bien démontré, c'est qu'aucune des glandules sublinguales ne s'ouvre dans le canal de Wharton, malgré le voisinage immédiat que ce canal affecte avec elles, et cette disposition a été confirmée par les recherches de MM. Guyon et Tillaux, à propos de l'anatomie pathologique de la grenouillette.

Aussi nous dirons : que parmi les glandules du plancher de la bouche il existe un groupe spécial qui verse son produit de sécrétion dans le canal de Wharton; que ce groupe glandulaire, non constant, rappelle admirablement la disposition de la parotide accessoire annexée au canal de Sténon; et que, pour ces raisons, nous le désignerons sous le nom de glande sous-maxillaire accessoire. M. le professeur Sappey, à qui nous avons montré une de nos préparations, a pu vérifier l'exactitude de la dissection.

Le fait anatomique que nous venons de signaler mérite d'être pris en sérieuse considération par ceux qui s'occupent de l'anatomie pathologique de la grenouillette. Rien n'est plus facile, en effet, de comprendre la possibilité d'une oblitération du canalicule excréteur de cette glande accessoire, le canal de Wharton restant perméable.

20. Abscès du lobe antérieur du cerveau, survenu à la suite d'une fêlure de la voûte orbitaire. Méningite de la base. Mort. Autopsie; par DUBAR, interne des hôpitaux.

Herismann, Victor, âgé de 12 ans, est apporté dans la nuit du 2 au 3 février 1880 à l'hôpital de la Charité, et couché salle Sainte-Vierge n° 35, dans le service de M. le professeur GOSSELIN.

Cet enfant jouait avec quelques camarades vers sept heures du soir, au voisinage de la place de la Concorde; il faisait en ce moment un épais brouillard, qui rendait les objets peu distincts à quelques pas. Croyant enjamber une des balustrades de pierre qui entourent la place de la Concorde, il passa par-dessus le parapet qui longe la Seine et

tomba sur la berge où il fut relevé quelques instants après, sans connaissance.

Voici les renseignements fournis par le service de nuit, depuis l'entrée du blessé jusqu'au lendemain matin 3 février. Les vêtements de l'enfant n'étaient souillés ni d'urine, ni de matières fécales. La perte de connaissance a duré pendant quatre heures. De temps en temps, le blessé portait la main à la tête et poussait quelques cris. Revenu à lui, il a eu quelques vomissements alimentaires.

Le 3, à la visite du matin, nous le trouvons somnolent, il répond cependant assez nettement aux questions qu'on lui adresse. Il ne se souvient nullement de l'accident de la veille, se plaint de mal de tête, et interrogé sur le siège de ses douleurs, il nous indique toute la région frontale. Il n'existe aucune trace d'écoulement de sang ou de sérosité par le nez et par les oreilles. On constate une ecchymose sous-cutanée et sous-conjonctivale de la paupière inférieure droite. La main, proménée sur les différentes régions de la tête, ne reconnaît ni plaie ni fracture. La pression même ne révèle aucun point douloureux. Du côté des membres, le pincement des masses musculaires excite des plaintes. D'ailleurs, ni anesthésie, ni hyperesthésie cutanée. Les organes des sens sont intacts. Il n'y a pas de troubles de la motilité.

M. le professeur Gosselin, en tenant compte de la perte de connaissance accompagnée de cris, de l'absence du souvenir de l'accident, de la douleur de tête persistante et de l'élévation de la température (39°), porte le diagnostic suivant : Commotion cérébrale et peut-être début de méningo-encéphalite. De plus, on reconnaît l'existence d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Du 3 au 5 février, rien de particulier à signaler, si ce n'est deux ou trois épistaxis peu abondantes. La température s'abaisse (38° à 37°,5). La céphalalgie diminue, l'appétit est excellent, les nuits sont calmes.

Le 7 février, il n'y a plus trace de fièvre ; toutes les fonctions sont revenues à leur état normal. N'était la fracture du radius, on pourrait considérer l'enfant comme guéri. Cependant, l'ecchymose, limitée d'abord à la conjonctive palpébrale, a gagné la conjonctive oculaire ; elle entoure, à la manière d'un croissant, la moitié inférieure de la cornée. Cette ecchymose va en s'affaiblissant les jours suivants, et le 15, elle a presque complètement disparu.

Nous insistons sur ce fait important : trois jours après l'accident, le blessé ne présentait plus de symptômes appréciables, en dehors de sa fracture du radius et de son ecchy-

mose sous-conjonctivale. Il allait, venait, descendait au jardin et s'y promenait une partie de la journée.

Le 19 février, l'enfant se sent mal à l'aise; il a de légers frissons, de la céphalalgie, de la fièvre ($38^{\circ}, 2$); bientôt, dans tout le pourtour de l'orbite droit se montre une rougeur érysipélateuse, avec gonflement légèrement oedémateux. Comme il existe plusieurs cas d'érysipèle dans la salle, on songe à la possibilité de cette complication, bien qu'on ne découvre ni plaie ni excoriation, qui aurait pu en être le point de départ. Cependant, dès le lendemain 20, la rougeur a pâli, le gonflement a diminué et, le lendemain 21, il n'en existe plus aucune trace.

Le 21 février, à 7 heures du soir, le malade est pris subitement de convulsions, limitées à la moitié gauche du corps et accompagnées de perte complète de la connaissance. Elles se présentent sous forme d'accès durant 2 à 3 minutes, séparés par des intervalles de repos variant entre 1 et 4 minutes.

Chaque accès débute d'une manière différente : tantôt, en effet ce sont les muscles de la moitié gauche de la face qui commencent à être agités de mouvements convulsifs; les convulsions se propagent ensuite aux membres supérieur et inférieur du même côté; tantôt, ce sont les muscles, soit du membre supérieur, soit du membre inférieur qui entrent les premiers en contraction; mais, dans tous les cas, les convulsions finissent par se généraliser à toute la moitié gauche du corps. Les convulsions revêtent le type clonique. La contraction unilatérale des muscles de la face rend la figure grimaçante. L'aile du nez et la commissure gauche des lèvres sont attirées en dehors; les paupières s'ouvrent et se ferment alternativement. Pendant toute la durée de l'accès, l'œil gauche est convulsé en haut et en dehors. Du côté des membres, on remarque des mouvements alternatifs d'extension, de flexion, d'abduction et d'adduction. Pendant ce temps, le côté droit du corps reste à peu près immobile, il ne subit que des mouvements d'ensemble, d'entraînement, dus à l'agitation du côté gauche.

Ces accès se succèdent toujours avec la même physiologie, de 7 heures à 11 heures du soir. Il existe parfois, entre deux accès successifs, si peu d'intervalle de repos que la face devient rouge, bleuâtre, que la respiration s'embarrasse et qu'on peut craindre l'asphyxie. Température axillaire pendant les accès, 40° .

M. le professeur Gosselin, consulté immédiatement, fait placer une sangsue derrière chaque oreille, en permanence jusqu'au lendemain à 4 heures du matin.

Le 22, matin, le malade est abattu, pâle; il se plaint d'une céphalalgie frontale violente. La douleur de tête existe aussi bien à gauche qu'à droite. L'intelligence est intacte; il n'y a pas de délire, pas de troubles de la motilité; du côté de la sensibilité générale il existe une hyperesthésie cutanée et musculaire très vive généralisée (du côté droit comme du côté gauche). Nous ne notons aucun trouble des organes des sens. Quelques heures avant la visite l'enfant a eu deux vomissements alimentaires. Il n'a aucun appétit, sa langue est blanche, saburrale. Il a eu une miction et une selle volontaire depuis que ses accès ont cessé. Dans la journée sa famille, interrogée sur ses antécédents, affirme que jamais il n'a été atteint antérieurement de convulsions. Température axillaire (38° à 39°).

23 Février. L'enfant est triste; il est sujet à des bâillements fréquents. Il pousse de temps en temps des cris. La céphalalgie est extrêmement vive. Aux demandes qu'on lui adresse, le blessé ne répond que par monosyllabes; il semble faire un effort considérable pour formuler une réponse. D'ailleurs, pas trace de paralysie. La température se maintient entre 38° et 39°; le pouls est fréquent et déprimé.

En tenant compte de ces symptômes alarmants, M. le professeur Gosselin se demande quelle est la conduite à tenir. Il n'est pas douteux qu'il existe une lésion de l'encéphale. Mais quelle est cette lésion et quel est son siège? Peut-on songer à une fracture? Mais il n'en existe aucun signe extérieur. L'ecchymose sous-conjonctivale, signalée par Bérard dans les fractures de l'orbite, peut se montrer en dehors de toute solution de continuité des os, et n'a pas de valeur diagnostique probante. Tout au plus, serait-il possible de soupçonner une fracture de la table interne. Toutefois, on ne s'arrête pas longtemps à cette hypothèse, parce qu'il n'a pas d'enfoncement et parce que les fractures de cette table sont excessivement rares, en dehors des coups de feu.

L'idée que la substance cérébrale est comprimée ou détruite par un épanchement est plausible.

Mais alors, à quelle variété d'épanchement avons-nous affaire? S'agit-il d'un épanchement sanguin ou d'un épanchement purulent? Cet épanchement, où se trouve-t-il? Le rencontrerait-on entre les os du crâne et la dure-mère? dans l'épaisseur des méninges? ou bien au milieu même de la substance encéphalique? Rien, dans les symptômes présentés par le malade, ne permet d'être affirmatif sur ces différents points.

Admettons que l'existence de cet épanchement très probable, soit complètement démontrée: immédiatement l'idée

d'évacuer le pus ou le sang accumulé, cause actuelle des accidents, vient à l'esprit du chirurgien. Mais alors il se trouve absolument arrêté par cette considération que, s'il existe dans ce cas, jusqu'à un certain point, une indication fonctionnelle d'appliquer le trépan, en revanche il n'y a pas d'indication topographique. Sans doute, on sait que la lésion siège à droite, puisque les convulsions se sont localisées dans la moitié gauche du corps. Mais, dans l'état actuel des connaissances, il n'est pas possible de dire si la couronne de trépan doit être appliquée en avant dans la région frontale, dans la région pariétale au niveau des centres psychomoteurs des membres supérieur et inférieur, ou dans la région occipitale. Par conséquent, le trépan, dans un pareil cas, serait téméraire et exposerait le chirurgien à aggraver dans une grande proportion l'état du malade. On se contentera donc de recourir à quelques palliatifs et particulièrement aux révulsifs.

Du 24 février au 1^{er} mars, même état. La céphalalgie est extrême; des cris encéphaliques constituent les symptômes principaux.

Du 1^{er} au 9 mars, l'appétit diminue chaque jour. Des vomissements alimentaires et bilieux se produisent. Les douleurs au niveau de la région frontale sont si vives, que le petit malade ne peut plus trouver de repos. Il pousse pendant la nuit des cris presque continuels. Le facies s'altère, le teint est blanc plombé, les yeux enfoncés dans les orbites et entourés d'une auréole noire. Plusieurs vésicatoires sont successivement appliqués, le dernier sur toute la tête, qui a été préalablement rasée.

La température qui s'est abaissée (38° à 37°) au commencement de cette période, remonte à 39°. Le pouls devient de plus en plus fréquent. Le 9 mars, il bat 140 fois par minute.

Du 9 au 14 mars, le délire apparaît. C'est un subdélirium doux, tranquille, entrecoupé toujours des mêmes cris encéphaliques. Des évacuations involontaires se produisent. La mort arrive le 14, dans l'après-midi.

AUTOPSIE. — Le crâne est scié circulairement à un demi-centimètre au-dessus de la voûte orbitaire. L'encéphale est extrait avec les plus grandes précautions. Nous apercevons immédiatement sur la voûte orbitaire droite, une fracture à direction transversale, partant de l'apophyse crista-galli et se dirigeant jusqu'au rebord orbitaire. L'étendue du trait de fracture est de 3 centimètres; sur ce trait principal vient tomber perpendiculairement un deuxième trait de fracture qui suit la gouttière ethmoïdale droite, et qui présente une longueur de un centimètre et demi.

Cette fracture intéresse toute l'épaisseur de l'os au niveau du rebord supérieur de l'orbite; elle paraît, au contraire, n'avoir divisé que la paroi supérieure des cellules ethmoïdales dans le reste de son étendue. Elle est linéaire et ne s'est accompagnée d'aucun déplacement, si ce n'est au voisinage de l'apophyse crista-galli où elle fait une légère saillie. La dure-mère est décollée dans un rayon de 2 centimètres autour de la fracture, et on trouve entre l'os, et la membrane fibreuse, une petite quantité d'un liquide louche séro-purulent.

Nous plaçons l'encéphale sur la convexité et nous reconnaissons à une grande diminution de consistance par rapport au côté opposé et à une fluctuation manifeste, que le lobe antérieur droit du cerveau est le siège d'une collection liquide. Cette collection est ouverte. Ils'écoule une notable quantité d'un pus jaunâtre, assez fluide. La cavité qui le renferme a le volume d'un œuf de poule. Elle présente une paroi inférieure peu épaisse, formée par la pie-mère et l'arachnoïde ainsi que par une couche extrêmement mince de substance cérébrale. La paroi supérieure est creusée dans l'épaisseur du lobe antérieur; elle est épaisse et constituée par 2 à 3 centimètres de substance cérébrale. En avant, l'abcès se trouve à un centimètre de l'extrémité antérieure de l'hémisphère; en arrière, il s'étend jusqu'à un centimètre et demi de la scissure de Sylvius; enfin, en dehors, plus d'un centimètre de substance cérébrale le sépare de la face externe de l'encéphale. Ces chiffres montrent que, si une opération de trépan avait été pratiquée, il eût fallu enfoncer le bistouri à une profondeur de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres dans la substance cérébrale pour atteindre l'abcès, en admettant que le crâne eût été ouvert, soit dans la région frontale, soit dans la partie antérieure de la région temporale. La cavité de l'abcès offre des parois lisses, sans aucune trace de communication ni avec l'extérieur, ni avec les cavités ventriculaires qui en sont cependant très rapprochées.

Le reste de l'encéphale et de ses enveloppes offre les lésions suivantes: Tous les ventricules sont remplis d'un liquide séro-purulent. Au niveau de la base, ce même liquide baigne l'espace interpedunculaire, la protubérance et le bulbe.

RÉFLEXIONS. — L'histoire clinique de ce blessé, les lésions anatomiques trouvées à l'autopsie, nous montrent le développement d'un abcès cérébral et d'une méningite concomitante ou consécutive survenus après une période latente de 15 à 18 jours. Ce fait se rapproche d'observations ana-

logues rapportées dans les cliniques de Dupuytren, dans un mémoire de Quesnet et dans le traité de la suppuration de Chassaignac. A la suite de l'accident, une période de rémission de durée variable, fait espérer qu'il ne s'agit que d'une simple commotion cérébrale, on est porté à croire que tout accident encéphalique est conjuré, quand tout à coup éclate quelque phénomène nerveux grave qui indique le développement d'un abcès cérébral. Rapprochée des faits antérieurs, cette observation pourra donc contribuer à éclairer ultérieurement le diagnostic, dans des circonstances analogues.

21. Hématocèle de la bourse séreuse pré-rotulienne ; par P. BRUCHET, interne des hôpitaux.

La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique a été recueillie sur un vieillard. C... Charles, 77 ans, apporté presque mourant à la Pitié, dans le service de M. Verneuil, où il succombait quarante-huit heures après son entrée, à une pneumonie étendue, du poumon droit.

Nous avons remarqué qu'il portait au niveau du genou gauche deux tumeurs : l'une, arrondie, fluctuante, située immédiatement au-devant de la rotule, présentant, au sommet, tous les caractères d'un hygroma de la bourse pré-rotulienne ; l'autre, située sur la face externe de l'extrémité inférieure de la cuisse, séparée de la première par une dépression capable de loger un doigt, également sous-cutanée et fluctuante, mais ne paraissant pas communiquer avec la collection pré-rotulienne. Elle était piriforme, à grand axe dirigé suivant l'axe de la cuisse. Ces deux collections existaient depuis fort longtemps, 20 à 25 ans, et n'étaient nullement douloureuses. La peau glissait à leur surface et n'offrait aucune altération.

Nous avons pu conserver le genou et faire l'examen de la nature et des rapports de ces tumeurs. Elles sont bien toutes deux sous-cutanées, facilement isolables de la peau, la première occupant la place de la bourse séreuse pré-rotulienne, la seconde appliquée sur l'aponévrose de la cuisse à laquelle elle adhère par un tissu cellulaire assez serré ; elles ne sont pas indépendantes l'une de l'autre, mais reliées par une sorte de collet allongé qu'il ne nous avait pas été possible de reconnaître avant la dissection. Elles sont constituées par une enveloppe de tissu fibreux très résistante, et paraissant très épaisse même avant l'in-

cision de cette paroi. La poche pré-rotulienne ouverte laisse échapper un liquide épais, rouge-brunâtre, tout à fait analogue à celui des vieilles hématoécèles, et la face interne de la paroi est comme dans ces collections, tomenteuse, irrégulière, de couleur brun-foncé, tapissée de couches pseudo-membraneuses très adhérentes et difficiles à décortiquer, paraissant en partie formées par de la fibrine concrète, et contribuant à donner à la paroi de la poche une épaisseur considérable.

La seconde poche n'a pas été ouverte, mais est évidemment constituée comme la première, car il suffit de presser sur elle pour faire sourdre, par l'étroit canal qui les réunit, quelques gouttes du même liquide épais, couleur chocolat. Elle paraît donc n'être qu'un diverticulum de celle-là; mais, probablement, par suite de l'épaississement graduel des parois, le canal de communication entre les deux s'est rétréci et n'admet plus maintenant qu'un stylet de trousses, qui même y entre à frottement.

Il s'agit, en résumé, d'un vieil hygroma de la bourse pré-rotulienne, remarquable par sa disposition en bissac, en sablier, et dans lequel, comme dans les séreuses chroniquement enflammées, se sont produites les contusions et les lésions des hématomes de ces cavités.

M. MOUTARD-MARTIN fait remarquer que certaines lésions sclérosiques viscérales prédisposent aux ruptures vasculaires dans les néo-membranes, en l'absence de tout traumatisme. L'hémorrhagie pourrait aussi être attribuée à l'augmentation de pression collatérale, due à la gêne de la circulation pulmonaire produite par la pneumonie.

M. PETIT fait remarquer que les caillots paraissent anciens et n'avoir rien à faire avec les affections ultimes.

22. Pseudarthrose de l'humérus; par BRUCHET, interne des hôpitaux.

Je demanderai encore à la Société anatomique l'autorisation de lui présenter une pseudarthrose de l'humérus, dont la cause est toujours restée obscure.

Le malade était un homme de 39 ans, de taille moyenne, trapu et robuste. Il se fit une fracture directe de l'humérus à la fin de mai 1879. Il entra alors dans le service de M. POLAILLON, où le bras fut immobilisé par un appareil inamovible, l'appliquant contre le tronc. Au bout de deux mois, envoyé à Vincennes, il en revenait avec une consolidation très imparfaite de sa fracture.

Trois mois plus tard, la pseudarthrose persistait, sans aucun progrès de consolidation ; — le malade entra à cette époque dans le service de M. Verneuil.

M. Verneuil, dans le but de provoquer la formation du cal, fit une tentative opératoire ; il déchira, en imprimant des mouvements aux deux fragments, les liens fibreux qui les unissaient et chercha à aviver les extrémités osseuses en les frottant l'une et l'autre. — Le bras fut rigoureusement immobilisé par le bandage de Desault silicaté.

On le laissa ainsi près de deux mois, au bout desquels l'appareil fut levé, et comme il persistait encore un notable degré de mobilité au niveau de la fracture, l'immobilisation fut continuée au moyen d'attelles plâtrées appliquées sur le membre. Pendant toute la durée de ce traitement, le blessé était resté bien portant, allait et venait toute la journée. Dans les derniers jours de décembre, sa santé s'altéra et il présenta bientôt les signes d'une fièvre typhoïde à forme thoracique, à laquelle il succombait à la fin de janvier.

La fracture, presque régulièrement transversale, portait au niveau de la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieure de l'humérus ; un peu au-dessus de l'insertion supérieure du brachial antérieur. On peut voir sur la coupe de l'humérus que les deux fragments, arrondis, lisses à leur extrémité fracturée, se correspondaient par de larges surfaces, sans interposition de parties molles ; ils sont réunis par une virole et un manchon de tissu fibreux inodulaire, se fusionnant avec le tissu cellulaire ambiant. — Cette réunion fibreuse est assez solide et serrée, mais permet néanmoins des mouvements qui devaient évidemment enlever au levier osseux une grande partie de sa résistance.

23. Périostite phlegmoneuse de la colonne vertébrale ; par J. P. POIRIER, interne des hôpitaux.

Le 25 février 1880, entre dans le service de M. DE SAINT-GERMAIN, salle Saint-Côme, lit n° 8, un enfant âgé de 14 ans, le nommé Dupuis, Eugène, exerçant la profession de garçon marchand de vins. Ce n'est pas sans dessein que nous consignons ici sa profession, car elle joue un grand rôle dans l'étiologie de sa maladie. Les allées et venues continuelles, les ascensions et descentes répétées de l'escalier d'une cave, l'insuffisance d'un sommeil réparateur, voilà certainement plus qu'il n'en faut pour débilitier un enfant, surtout lorsque ce dernier, comme le jeune Dupuis, se trouve déjà affaibli par une croissance rapide

et un état marqué d'anémie. Le 26 février, au matin, alors que nous le voyons pour la première fois, le malade se présente à nous dans les conditions suivantes : Le visage est pâle, terreux, exprime la souffrance; le malade accuse dans la région lombaire une douleur assez violente pour lui arracher des cris dans toute tentative d'examen. La peau est chaude, le thermomètre marque 39 degrés et le nombre des pulsations est de 100. Le malade n'a pas de diarrhée, mais plutôt une constipation assez forte, car il n'a pas été à la selle depuis huit jours. L'intelligence est des plus nettes et nous permet d'établir jusqu'à ce jour l'origine de la maladie.

Huit jours auparavant, le mardi 17, le jeune Dupuis s'occupait à la cave à mettre du vin en bouteilles, lorsqu'il ressentit à la région lombaire une douleur pongitive et instantanée. Cette dernière prit graduellement de l'extension et le 20 février, trois jours après le début de l'accident, il se vit contraint à prendre le lit. Elle avait jusqu'alors présenté ce caractère particulier d'apparaître surtout au matin, bien qu'elle persistât toute la journée, mais avec une moindre intensité. D'autre part l'enfant, petit bonhomme des plus raisonnables et doué d'une véritable énergie, lui avait résisté jusqu'à épuisement de ses forces. La fièvre s'alluma dès ce jour, sans cependant s'accompagner de frissons. Le samedi 21, huit sangsues lui furent appliquées sur la région lombaire. Ici, finissent les renseignements fournis par le malade. En raison de l'acuité des douleurs, les recherches sont faites sous le chloroforme et on constate un empiètement de la gouttière vertébrale, au niveau des deux dernières lombaires et de la première sacrée. Cette région est un peu soulevée et l'on sent dans l'étendue d'une pièce de cinq francs en argent, comme une fluctuation profonde. Une incision profonde dans la direction des lames vertébrales ne donne pas, à notre grand étonnement, issue à la moindre quantité de pus, mais ce dernier apparaît alors que le doigt, introduit dans la plaie, est parvenu à déchirer le périoste sous lequel il se trouvait en quelque sorte enkysté. De couleur jaune-crèmeux, il égale le contenu d'un verre à liqueur. En explorant le foyer de l'abcès, on arrive sur la lame vertébrale dénudée. Un drain est placé dans la plaie pour assurer le libre écoulement du pus.

27 février. Le lendemain, pas d'amélioration, l'aspect typhique est plus marqué, cependant la langue reste bonne. Il y a rétention d'urine, la constipation continue; le malade se plaint d'élançements dans les cuisses, la paroi ab-

dominale, le scrotum, en un mot dans la sphère de distribution du plexus lombaire. Les secousses imprimées par la toux au corps entier donnent lieu à une recrudescence de la douleur. On constate une héli-anesthésie des membres inférieurs coïncidant avec une abolition presque complète de la motilité. Le malade, jusque-là couché dans la position vulgairement dite « chien de fusil, » porta une large plaque rouge à la face interne de chaque genou. T. M. 39°,8; S. 41°.

28 février. Même état général, insensibilité presque complète, paraplégie confirmée. Les plaques rouges de la veille ont pris la transparence cornée avec pointillé rouge de véritables eschares, une auréole rougeâtre les entoure. Purgatif. Bien que la plaie faite à la région lombaire ne se soit pas fermée, le pus s'en écoule avec une extrême difficulté.

29 février. Le même état typhoïde persiste; de plus, l'auscultation de la poitrine décèle l'existence de râles muqueux dans toute son étendue, la toux est grasse, les crachats visqueux.

1^{er} mars. Pas d'amélioration; la rétention d'urine persiste.

2 mars. Matin. La paraplégie n'a pas cessé d'être absolue; les piqûres faites en vue d'explorer la sensibilité des membres inférieurs ne sont senties qu'alors que l'aiguille a traversé l'épiderme; l'insensibilité pour la région du mollet, en particulier, est plus accusée à droite qu'à gauche. Les urines, toujours retenues, sont claires et assez abondantes. Pouls 90, dicrote. T. R. 39°,5. Les eschares s'accusent de plus en plus à la face interne des genoux, il n'y a pas encore de sillon qui les sépare des tissus sains, mais une auréole rougeâtre. Les lèvres et les dents sont couvertes de fuliginosités; quant à la plaie elle continue à ne fournir qu'une suppuration insignifiante.

3 mars. Apparition d'œdème au membre inférieur droit.

4 mars. L'œdème s'accroît graduellement, une teinte d'un blanc mat envahit les téguments, le membre est le siège d'irradiations douloureuses. La prolongation du décubitus dorsal détermine au niveau du sacrum une rougeur érythémateuse.

5 mars. L'état général s'aggrave; la température actuelle, comme celle des jours précédents, oscille entre 39° pour le matin, et 40°, 40°,5 pour le soir.

6 mars. Les bords de la plaie sont décolorés, tuméfiés; la suppuration est presque tarie. En explorant la partie inférieure de la région dorsale et de la région lombaire, on constate l'existence de points douloureux non fluctuants.

7 mars. Prescription d'un lavement huileux, en vue de combattre la constipation dont souffre le malade depuis son entrée. Subdélirium.

8 mars. Eschare remplaçant au sacrum la rougeur érythémateuse. Tympanisme énorme de l'abdomen accompagné d'une dilatation des veines sous-cutanées de la moitié droite de cette région. L'incontinence d'urine succède à la rétention. Râles muqueux dans les deux poumons. Souffle caverneux en avant et à gauche. Nulle modification dans l'état paraplégique, l'insensibilité est devenue absolue.

9, 10, 11, 12, 13 mars. Aggravation graduelle et continue des symptômes signalés.

14 mars. Mort sans qu'on ait pu observer les grands frissons, compagnons habituels de l'infection purulente.

AUTOPSIE le 16 mars 1880 — Par une incision longitudinale le long des apophyses épineuses et une dissection des muscles vertébraux, on constate, au niveau de la plaie faite durant la vie pour donner issue au pus, le foyer de suppuration qui va jusqu'à la vertèbre et ne paraît pas pénétrer dans le canal. De plus, on rencontre, échelonnés en chapelet, le long de la colonne vertébrale, une douzaine d'abcès plus petits contenant de 10 à 100 grammes de pus et correspondant tous à des points de la colonne vertébrale ou des côtes dépourvus de leur périoste.

A l'ouverture du thorax, on constate que les poumons sont adhérents sur toute leur périphérie avec les parois thoraciques; ces adhérences sont sèches et se laissent assez facilement détacher, elles limitent en avant au côté gauche du sternum et dans le sillon costo-vertébral correspondant, deux collections purulentes. La première répond à une cavité occupant le bord antérieur du poumon, elle est évidemment d'origine métastatique, ainsi que le prouvent d'autres noyaux que l'on trouve en grand nombre dans l'épaisseur du parenchyme.

Au point symétrique du poumon droit, on rencontre une autre caverne un peu moins grande, et, autour de celle-ci, des noyaux concrétés d'infection purulente.

En poursuivant les recherches, on trouve sur la face diaphragmatique du même organe deux autres collections métastatiques, non encore abcédées; signalons encore, pour être complet, un autre foyer de petit volume sur le bord postérieur du poumon droit. La plèvre qui tapisse le sillon costo-vertébral est soulevée de chaque côté et sur la moitié de longueur par deux collections purulentes au fond desquelles se trouve la tête et le col des 11^e et 12^e côtes dénudés.

L'ouverture du péricarde nous permet de constater qu'il n'existe ni épanchement dans sa cavité, ni altération sur ses parois. Le ventricule et l'oreillette droite sont obstrués par un caillot fibrineux très adhérent ; il s'en trouve également un petit dans l'intérieur du ventricule gauche. Les valvules aortiques, ainsi que la mitrale, sont notablement rougies, épaissies, surtout en leur nodule, marque évidente de l'existence d'une endocardite valvulaire qui n'a pas laissé d'autres traces sur les parois.

Pas de traces d'épanchement ascitique à l'ouverture de l'abdomen ; après avoir enlevé le paquet viscéral on remarque un énorme thrombus de la veine cave inférieure, commençant à 0,04 au-dessus de la bifurcation du vaisseau, se prolongeant très loin dans les iliaques droites, à 0,03 tout au plus dans l'iliaque primitive gauche. En disséquant la veine cave à ce niveau, on voit que cette coagulation correspond à un diverticulum d'un foyer purulent ayant pris naissance sur la partie latérale droite des vertèbres lombaires, et ayant déterminé dans l'extrémité supérieure du muscle psoas correspondant des altérations analogues à celles de la psoitis. En sectionnant longitudinalement l'aorte, on remarque à sa face interne de petites plaques athéromateuses saillantes.

Signalons en passant une particularité anatomique concernant le tronc coeliaque ; ce dernier n'existe pas, mais les branches auxquelles il donne communément naissance s'insèrent directement sur l'aorte, séparées les unes des autres par un intervalle d'environ un millimètre.

L'incision du thrombus de la veine-porte nous le montre constitué par une substance fibrineuse grenue, ayant par place l'aspect purulent. Pas d'abcès métastatiques dans le foie ; rate de consistance normale, mais un peu hypertrophiée.

Les deux reins sont très volumineux, le droit surtout, leur substance est pâle et la capsule s'enlève avec facilité. Au-dessous de cette dernière et dans le rein droit, on découvre une infinité d'abcès, les uns miliaires, les autres de volume plus considérable. Ces petits foyers d'origine évidemment métastatique se rencontrent également dans le rein gauche ; ils occupent la substance des pyramides et se rassemblent en quelques points pour donner lieu à une collection plus volumineuse.

Pas de pus dans l'articulation scapulo-humérale droite, qui avait été durant la vie le siège de douleurs assez vives. Les côtes présentent une dénudation périostique au voisinage des articulations costo-vertébrales.

Afin d'étudier les altérations de la moelle, on enlève séparément les 5 lombaires et les 4 dernières vertèbres-dorsales ; en disséquant cette portion de la colonne vertébrale, on trouve au fond de chaque abcès une surface osseuse (côté, corps vertébral, apophyse transverse, apophyse épineuse) dénudée de son périoste, mais nullement exfoliée. Un trait de scie partant du niveau de l'union des corps vertébraux avec leurs pédicules met à nu la moelle. Les méninges sont un peu rouges, mais nullement adhérentes ; un épanchement purulent ayant pris naissance sur les lames vertébrales dénudées en certains points, les sépare de la face postérieure du canal vertébral. La dure-mère est épaissie au même niveau, sa surface externe est tomenteuse comme celle d'un foyer purulent, sa face interne est un peu vascularisée mais nullement adhérente. La pie-mère présente ses vaisseaux notablement dilatés, surtout au niveau de la queue de cheval. La moelle est un peu infiltrée, mais ne présente pas de foyer d'inflammation. L'examen des cartilages intervertébraux et du tissu spongieux du corps des vertèbres ne révèle aucune altération.

Nous avons présenté la pièce fraîche à la Société anatomique, dans la séance du 26 mars. Nous avons seulement fait une coupe verticale antéro-postérieure des corps vertébraux qui montrait leur tissu spongieux, sain, avec sa couleur rouge, sans le plus petit point inflammatoire.

Après la présentation, nous avons multiplié ces coupes, nous attachant surtout à les faire passer par les points dénudés de leur périoste. Puis, nous avons examiné de la même façon les apophyses transverses et les apophyses épineuses dénudées par l'inflammation : en aucun point il ne nous a été possible de rencontrer la moindre altération osseuse.

Plus tard, nous avons derechef examiné ces pièces, après macération, et nous n'avons rien constaté d'anormal du côté du tissu osseux.

C'est pourquoi nous nous croyons autorisé à conclure que nous avons eu affaire à ce que M. Verneuil a décrit sous le nom d'abcès sous-périostés vertébraux, sans altération osseuse, à une véritable périostite multiloculaire de la colonne vertébrale.

Le Secrétaire,
Ch. FÉLÉ.

AVRIL

Séance du 2 avril 1880.

PRÉSIDENCE DE M. DREYFUS-BRISAC.

1. **Épilepsie, délire, idées de suicide ; mort par érysipèle de la face.**— Inégalité des hémisphères ; anomalies des circonvolutions ; par H. D'OLIER, interne des hôpitaux.

Fontaine, César-Alexandre, 41 ans, est entré le 23 août 1875 à Bicêtre, division des épileptiques simples (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents. Ce malade est né dans le Pas-de-Calais. Il a fait en Afrique un congé de deux ans, pendant lequel il aurait passé 11 mois à l'hôpital pour la dysentérie et les fièvres. Il avoue lui-même qu'il était à cette époque grand buveur d'absinthe.

Pendant son enfance, il aurait eu de l'impétigo du cuir chevelu jusqu'à 11 ans. Variole bénigne à 16 ans. Le père a toujours été bien portant ; la mère est morte à 72 ans paralysée, mais sans avoir jamais présenté auparavant de troubles nerveux. Le malade avait un frère et cinq sœurs dont deux sont mortes de la poitrine.

Les premiers accès épileptiques se seraient montrés vers 26 ans (1860) à la suite de nombreux excès génitaux. Le premier accès serait survenu sans aucun phénomène précurseur, alors que le malade était à son travail. Il existait déjà à cette époque un certain défaut d'équilibre dans l'état mental ; Fontaine dit lui-même « qu'il n'avait alors aucune confiance en lui, qu'il se voyait abandonné par sa famille, qu'il était désespéré. »

Au début, les accès étaient faibles et assez fréquents ; peu à peu, ils s'espacèrent et devinrent plus violents. Au moment de l'arrivée à Bicêtre (15 ans après le début), les accès se renouvellent en moyenne 7 ou 8 fois par jour : le

malade tombe ordinairement sur la face ; il est agité de convulsions qui atteignent tous les membres, écume beaucoup, se mord la langue et souvent urine sous lui ; puis la respiration devient fréquente et stertoreuse et l'accès se termine au bout de 5 à 10 minutes, sans laisser aucun souvenir.

L'état mental s'est profondément modifié depuis 15 ans. En 1875, le malade présente fréquemment dans l'intervalle des accès une agitation extrême, avec un délire caractérisé par des idées politiques en faveur de la République ; il veut que tout le monde soit heureux. De plus, il manifeste des impulsions violentes et est en état de nuire aux personnes qui l'entourent. C'est ainsi que, le 31 septembre 1876, dans une période d'exaltation extrême, le malade se lève furieux de son lit et se précipite sur le veilleur pour l'étrangler. Cette agitation, accompagnée du délire habituel persiste pendant trois jours pleins. Quand les accès étaient séparés par un intervalle suffisant, le calme revenait et le malade pouvait encore s'occuper ; il allait à la bibliothèque. Cependant, dans le courant de 1877, la prédominance du délire devint telle qu'on dut le faire passer à la section des épileptiques aliénés.

C'est seulement en 1879 que se manifestèrent les idées de suicide. Plusieurs fois, on l'a surpris se frappant la tête le long des murs. En février 1880, ces tentatives deviennent si fréquentes qu'on est obligé de laisser le malade constamment camisolé. Son délire est raisonné : il raconte avec un air de profonde résignation que tout ce qu'il fait lui est commandé par des voix, celle de Dieu notamment, qui lui ordonnent de temps en temps à travers la muraille de se donner la mort pour le bien de ses semblables. Dès qu'il entend la voix, il tâche de se jeter hors du lit, de se frapper, etc.

Avant d'en arriver à l'idée du suicide, le malade a présenté à plusieurs reprises une sorte d'exaltation mystique. C'est ainsi que pendant l'été de 1879, il se mettait très souvent à genoux dans la cour, un bandeau sur les yeux, la face tournée vers le soleil, et restait parfois plusieurs heures dans cette position. D'autres fois, il restait agenouillé devant les grilles, les bras étendus, marmottant des prières et demandant des prêtres. Le lendemain, il trouvait qu'il n'y en avait pas assez et demandait qu'on les coupât en deux pour en doubler le nombre.

L'examen physique, au commencement de 1880, donnait les renseignements suivants :

Tête irrégulière et face asymétrique ; l'os malaire

gauche paraît être sur un plan postérieur au droit. Le nez est comme écrasé et un peu déjeté à droite, arcades sourciliaires à peine marquées.

Oreilles régulières, mais un peu asymétriques ; l'ourlet descend beaucoup moins bas à gauche qu'à droite. Le lobe est adhérent jusqu'à son extrémité, des deux côtés.

Lèvres volumineuses ; la supérieure très épaisse paraît avoir été coupée à plusieurs reprises, soit dans les chutes, soit par des morsures et présente des plis de cicatrices de la muqueuse formant comme une série d'étages.

La voûte palatine, le voile du palais, les arcades dentaires ne paraissent pas présenter d'asymétrie.

La physionomie présente une expression bestiale et annonce un abrutissement profond. Les yeux sont petits, presque constamment fermés ; le cuir chevelu et surtout le front sont couverts de nombreuses cicatrices qui rendent le visage hideux.

Les autres parties du corps, les membres, les organes génitaux, ne présentent rien de particulier à noter. La sensibilité générale et spéciale paraît normale.

28 mars. Début d'un érysipèle de la face. Le pavillon de l'oreille gauche est rouge et chaud ainsi que la joue correspondante. Le malade ne peut ouvrir les yeux à cause d'un œdème considérable des paupières de chaque côté. T. R. M. 40. Soir, 37°, 6. Trait. : Eau de Sedlitz. Compresses d'eau de sureau.

29 mars. L'érysipèle a gagné le front et une partie du cuir chevelu. T. R. M. 38°, 6. Soir, 37°.

30 mars. La face est envahie complètement et présente un gonflement énorme. Les paupières supérieures, très œdématisées, présentent des eschares superficielles larges comme des pièces de 1 franc. Du côté du cuir chevelu, la rougeur ne paraît pas dépasser la région temporale. Il y a en plusieurs points de petits abcès sous-cutanés qui existaient avant l'apparition de l'érysipèle, et dont le plus volumineux, situé au niveau du sinciput est ouvert à l'extérieur depuis 3 jours. T. R. M. 39°, 4. Soir, 39°.

31 mars. Même état. Il est impossible de tirer une réponse du malade qui marmotte continuellement des mots incompréhensibles. T. R. Matin, 39° ; Soir, 39°, 6.

1^{er} avril. Mort à 6 heures du matin. T. R. une heure avant la mort 39°, 8.

AUTOPSIE. — *Cuir chevelu* épais d'un centimètre et très adhérent au crâne. Vaste décollement dans la région occipitale, au niveau de l'abcès dont il a été parlé plus haut.

Le crâne n'a pas une épaisseur exagérée, mais présente

une asymétrie remarquable dont on se rend surtout compte en examinant la face interne. La crête frontale et la protubérance occipitale interne sont, en effet, notablement reportées vers la gauche, ainsi que la gouttière sagittale et la suture interpariétale.

La demi-circonférence de la base du crâne, mesurée de la suture sagittale à la protubérance occipitale externe, est à droite de 285 mill. et à gauche seulement de 235. Différence : 5 centimètres. Enfin, lorsque tendant un fil de la crête frontale à la protubérance occipitale interne, on mesure la distance qui sépare le milieu de ce fil des parois latérales du crâne, on trouve à droite 80 mill. ; à gauche 57 mill. ; Différence : 23 mill. Les os du crâne sont soudés sur plusieurs points des sutures pariéto-occipitales.

Dure-mère très épaissie, très adhérente sur les bords de la scissure interhémisphérique, principalement en haut et en arrière; ailleurs, on ne constate pas d'adhérence. Au niveau des fosses sphénoïdales, elle présente un piqueté rouge qui résiste au lavage et au grattage.

Les deux hémisphères cérébraux présentent une congestion considérable sur la base, surtout à gauche. Sur la partie la plus élevée de la convexité l'*arachnoïde* et la *pie-mère* sont très-épaissies et offrent une teinte blanchâtre opalescente.

Artères de la base. Les vertébrales présentent une grande différence de volume, tandis que la gauche présente une largeur de 4 mill., la droite n'a que 1 mill. 1/2. La cérébelleuse inférieure gauche est également plus volumineuse que la droite, qui est filiforme.

Au niveau de l'hexagone, la communicante postérieure gauche est beaucoup plus petite que la droite. Les deux cérébrales antérieures sont largement anastomosées par la communicante antérieure. Enfin, les vertébrales, le tronc basilaire, les carotides présentent de nombreuses plaques d'athérome. Rien de particulier dans les tissus. Le poids total de l'encéphale est de 1,480 gr. et se décompose ainsi :

Cerveau, 1,280 gr. (Hémisph. g. 560 gr. hémisph. droit 720 gr. Différence : 160 gr.)

Cervelet et isthme : 200 gr. (lobes cérébelleux droit et gauche, 85 gr. Bulbe et protub., 30.)

L'inégalité de volume des hémisphères cérébraux est très apparente à la vue. Du côté gauche, la scissure de Sylvius paraît se prolonger en arrière plus loin que sur l'hémisphère droit. On remarque sur les deux hémisphères que le sillon de Rolando est très reporté en arrière, d'où il résulte que les circonvolutions frontales présentent une longueur

notablement plus considérable qu'à l'habitude. On trouve, en mesurant la distance qui sépare l'extrémité supérieure du sillon de Rolando de la pointe du côté frontal : sur l'hémisphère droit 18 cent., sur l'hémisphère gauche 19 cent. 15, alors que, sur la plupart des cerveaux, cette distance est en moyenne 15 à 16 cent. D'autre part, on trouve en mesurant de l'extrémité supérieure du sillon de Rolando à la pointe du côté occipital, à droite 13 cent. ; à gauche 8, 5. Remarquons en passant que c'est l'hémisphère gauche, le plus petit, qui présente le plus grand développement du lobe frontal.

Outre cette première anomalie, le dédoublement normal de la deuxième circonvolution frontale se trouve ici tellement accentué, qu'on pourrait croire, au premier abord, qu'il existe quatre circonvolutions frontales parallèles. Mais on sait que la présence d'une frontale parallèle supplémentaire n'est admise par les auteurs qu'autant qu'il existe 4 points d'attache sur la frontale ascendante : or, il n'en existe ici que trois.

Les longueurs des trois frontales de chaque côté, mesurées d'une extrémité à l'autre sans tenir compte des plis intermédiaires, sont les suivantes :

Côté droit : $F^1 = 15$ cent. ; $F^2 = 11,5$; $F^3 = 6,5$.

Côté gauche : $F^1 = 16,5$; $F^2 = 11,5$; $F^3 = 7,5$.

Comme on le voit, chacune de ces circonvolutions présente son plus grand développement sur le plus petit hémisphère.

Les circonvolutions occipitales et sphénoïdales ne présentent pas d'anomalies, mais on remarque, vers la face inféro-interne du lobe sphénoïdal gauche, que la pie-mère est adhérente à la substance cérébrale sur une étendue de 4 ou 5 centimètres carrés.

Si l'on tient compte du piqueté de la dure-mère au même niveau et de la congestion veineuse générale de la base de l'encéphale, on voit qu'il y a là des lésions de méningite récente, vraisemblablement suffisantes pour expliquer la mort.

RÉFLEXIONS. — Nous n'insisterons pas sur les anomalies des circonvolutions qui viennent d'être signalées. On nous permettra seulement de remarquer combien est arbitraire la manière de compter les circonvolutions frontales, que nous avons mentionnées plus haut. Il paraît au moins exagéré de persister à considérer comme une même circonvolution, deux plis cérébraux parallèles, égaux en volume, égaux aussi aux circonvolutions voisines et séparés

par un sillon aussi profond que les autres sillons parallèles. Les quatre circonvolutions frontales des cerveaux de criminels mentionnés par Benedickt et par M. Hanot présentaient-elles quatre attaches à la frontale ascendante ? Ce point n'est pas indiqué dans le compte rendu des communications et ne paraît pas davantage confirmé par les figures de l'atlas de Benedickt.

L'observation précédente est encore intéressante par l'absence complète des lésions de méningite et de périencéphalite chroniques, qu'on aurait pu s'attendre à rencontrer à la convexité des lobes frontaux. Ce résultat négatif paraît être en corrélation avec l'état symptomatique, dont le phénomène principal était le délire. Sans doute, l'intelligence avait progressivement baissé depuis une dizaine d'années, mais le malade est resté capable jusqu'au derniers jours de répondre aux questions qu'on lui adressait et même de raconter ses sensations. La démence, si elle a existé, a donc été peu marquée. Toutefois, ce fait est plutôt l'exception et on observe inversement chez certains épileptiques des états prolongés de démence et quelquefois une déchéance intellectuelle rapide, se traduisant à l'autopsie par des lésions de méningo-encéphalite plus ou moins avancées. Enfin, un certain nombre d'observations paraissent prouver que, chez des épileptiques manifestement déments, on peut ne rencontrer à l'autopsie aucune lésion corticale (Bourneville). Nous aurons d'ailleurs bientôt l'occasion de revenir sur ces lésions corticales et méningées qu'on observe chez les épileptiques, et qui paraissent se rapprocher singulièrement de celles de la paralysie générale.

M. FÉRÉ fait remarquer qu'à leur origine sur la frontale ascendante, il n'y a que trois pédicules de circonvolutions, la seconde se bifurque à une certaine distance de son origine. Il n'y a que trois circonvolutions, la seconde présente un dédoublement qui n'est point très rare et qu'on peut observer aussi sur la première frontale et quelquefois sur la troisième. Cette disposition ne peut pas être donnée comme caractéristique d'un état mental.

M. DURET pense aussi que ce n'est pas là une disposition rare ; c'est plutôt un cerveau simple qu'un cerveau anormal.

M. DE BOYER dit qu'on exagère beaucoup l'importance des

déformations crâniennes dans l'épilepsie. Il s'agit d'une coïncidence, il a vu des épileptiques dont le crâne était déformé, mais dont l'état morbide s'est expliqué plus simplement à l'autopsie par l'existence de tumeurs cérébrales.

M. DE BEURMANN fait remarquer que M. Lasègue n'attache d'importance qu'à l'asymétrie de la base du crâne et de la face, et lorsque l'épilepsie apparaît vers 12 ou 18 ans.

M. DREYFUS-BRISAC, dit que l'asymétrie crânienne n'est pas rare aux Enfants-assistés, on y voit fréquemment la plagiocéphalie par propulsion latérale dans le décubitus. Il serait intéressant de savoir si ces déformations se corrigent avec l'âge, où si les enfants deviennent épileptiques.

2. Arrêt de développement et imperforation de l'utérus, avec absence complète de cavité utérine et imperforation des oviductes, chez une femme de 44 ans, dont les ovaires étaient normaux et couverts de cicatrices menstruelles, et qui n'avait jamais été réglée ; par ERNEST GAUCHER, interne des hôpitaux.

Les organes génitaux internes, que j'ai l'honneur de présenter à la Société, proviennent d'une femme morte à Lariboisière, dans le service de M. le professeur Ch. BOUCHARD.

Cette femme n'a jamais été réglée et n'a jamais eu d'enfants. Elle raconte qu'une de ses cousines, non réglée comme elle, a cependant plusieurs enfants. Depuis l'âge ordinaire de la puberté, elle est sujette à des troubles hystériques très accusés ; les approches sexuelles ont toujours été extrêmement pénibles, accompagnées de vaginisme et de douleurs ovariennes très violentes. Malgré cela ou à cause de cela, c'était une femme très passionnée, exaltée, impressionnable, et, pendant sa jeunesse, toutes ses nuits étaient troublées par des rêves lascifs, par des désirs de coït qu'elle ne pouvait satisfaire.

Depuis une dizaine d'années, l'âge est venu apporter un peu de calme à cette nature ardente et inassouvie, mais, à mesure que l'apaisement se faisait dans son esprit, des troubles fonctionnels plus graves se déclaraient et augmentaient encore ses souffrances, un essoufflement habituel, et des accès d'étouffement, de dyspnée paroxystique, ressemblant à des accès d'asthme, une céphalalgie constante, des névralgies faciales, occupant simultanément ou successivement toutes les branches du trijumeau, et enfin de véritables crises d'hystérie, petites attaques, il est vrai, et sans

perte de connaissance : — tous ces accidents survinrent rapidement et durèrent sans rémission, et, au contraire, avec une exacerbation croissante, jusqu'au jour, où cette femme, à bout de ressources, ayant épuisé tous les médicaments et tous les remèdes, se décida à entrer à l'hôpital.

Les symptômes qu'elle présente alors le 29 janvier 1880, sont assez obscurs : dyspnée et céphalalgie violente, douleur occipitale très vive, constante, avec exacerbation nocturne ; pas de points douloureux fixes. Les phénomènes dominants sont ceux de l'asphyxie ; la face est bleuâtre, cyanosée, les extrémités froides, la respiration se fait avec peine et est accompagnée de tirage. L'auscultation fait découvrir dans les poumons des râles sous-crépitants fins de congestion pulmonaire généralisée ; ni souffle, ni matité. La dyspnée est accompagnée de palpitations violentes, et cependant on n'entend pas de bruit morbide, ni dans le cœur ni dans les vaisseaux. L'examen des autres organes ne fournit aucun renseignement, si ce n'est une légère augmentation de volume du foie. L'urine est en quantité normale et ne renferme ni albumine ni sucre.

J'ajoute, qu'en dehors des troubles hystériques mentionnés plus haut, cette femme n'a jamais été atteinte d'aucune maladie, qu'elle ne présente aucune trace de scrofule ou de syphilis, et que, d'ailleurs, elle nie tout antécédent de ce genre. Il n'y a pas de maladies nerveuses dans sa famille, pas de diathèse héréditaire.

Quoi qu'il en soit, les symptômes s'aggravent de plus en plus, la céphalalgie et l'insomnie sont maintenant accompagnées de délire ; la dyspnée fait des progrès inquiétants : tous les révulsifs cutanés, depuis les ventouses sèches jusqu'aux vésicatoires, les stimulants diffusibles de toute nature sont impuissants à l'atténuer un peu. L'urine bientôt renferme de l'albumine due à l'insuffisance de l'hématose et aux troubles asphyxiques. La malade meurt le 2 février au soir, quatre jours après son entrée à l'hôpital.

AUTOPSIE 4 février. — Le cœur présente des traces légères d'endocardite ancienne de la valvule mitrale ; il y a quelques dépôts athéromateux sur les valvules aortiques et à l'origine de l'aorte. On ne trouve pas d'autres lésions pour rendre compte de la congestion pulmonaire et des accidents asphyxiques qui ont amené la mort.

Les poumons sont très congestionnés et recouverts d'adhérences pleurales peu solides. Le foie est gros mais d'aspect normal ; la rate et les reins ne présentent aucune altération.

Les organes génitaux internes offrent seuls de l'intérêt.

Le vagin est très étroit; la portion vaginale du col est petite, quoique d'apparence normale et avec le museau de tanche au centre. Mais si, avec une sonde, on essaie de pénétrer dans l'orifice du col, on s'aperçoit qu'il se termine en cul-de-sac au bout d'un centimètre environ. L'utérus est très petit, atrophie; en pratiquant une coupe verticale de cet organe, on voit qu'il constitue un *organe musculaire plein, sans trace de cavité au centre*; les trompes de Fallope sont imperforées.

Et malgré toutes ces anomalies, les ovaires sont de volume et d'aspect normal, couverts de cicatrices menstruelles; ce qui établit l'indépendance de l'ovulation et de la menstruation. Il existe autour des ovaires quelques légères traces de péritonite ancienne.

3. M. VIMONT montre : 1° Une tumeur de la face inférieure du lobe sphénoïdal de l'hémisphère gauche du cerveau, qui n'avait provoqué aucun symptôme pendant la vie; — 2° Un kyste composé de l'ovaire provenant d'une femme qu'on avait cru atteinte d'une péritonite cancéreuse.

4. Môle hydatique ; par L. JACOT, externe des hôpitaux.

Madame H..., âgée de 32 ans, mariée depuis 7 à 8 ans, ayant habituellement une bonne santé, quoique assez mal réglée, a déjà eu deux enfants; l'un est âgé de 6 ans et l'autre de 2. Elle n'a jamais eu de fausse couche. Il y a environ 4 mois, cette dame eut, à l'époque de ses règles, une hémorrhagie utérine assez abondante, qui s'arrêta à la suite d'une administration d'ergotine. A la suite de cet accident, elle fut deux mois sans voir ses règles, lorsqu'une nuit, en urinant dans un vase de nuit, elle rendit sans la moindre douleur un corps assez volumineux accompagné d'un demi-litre de sang environ. Le médecin, qui y alla dès le matin, trouva la malade couchée et perdant encore, le col était ouvert et permettait l'introduction du bout du doigt. Au milieu des caillots sanguins se trouvait le corps rendu, et pour voir les corps hydatiformes il dut inciser une poche membraneuse contenant fort peu de liquide séreux. Il administra encore une potion à l'ergotine et deux jours après la malade rendait encore un petit morceau de membrane. — La malade se rétablit rapidement.

La tumeur rendue est arrondie et mesure environ 8 centimètres; elle a une épaisseur de 7 à 10 millimètres. Les bords se continuent avec les débris d'une membrane fine et transparente. — Une de ses faces est rugueuse, ressem-

blant assez à la face utérine d'un placenta. La face opposée est lisse, mais hérissée de saillies nombreuses, d'un volume variant entre celui d'une lentille et celui d'une petite cerise. Ces petites tumeurs contiennent un liquide clair et une production charnue de volume variable. Il y en a environ 20 à 25. Les petites saillies sont constituées par une substance gélatineuse qui présente les caractères histologiques du myxome.

5. Fracture par arrachement de l'extrémité supérieure du péroné droit. Luxation du genou en dedans. Rapports du cal avec le nerf musculo-cutané; par M. NETTER, interne des hôpitaux.

Il s'agit d'un malade, du service de M. DUPLAY, qui a fait l'objet d'une communication à la Société de chirurgie.

On reconnaît sur la pièce l'existence d'un écartement de quatre travers de doigt entre le fragment supérieur gros comme une noisette et la partie articulaire de la tête du péroné, qui a conservé ses rapports avec le tibia. Au fragment supérieur s'insère le biceps fémoral.

Le ligament latéral externe est très altéré. A peu près intact en son insertion supérieure, il se dirige en bas, mais tend à disparaître après une longueur d'un centimètre. Un grand nombre de ses fibres ont disparu. Celles qui restent suivent trois directions différentes. Un de ces faisceaux, se recourbant en arcade, remonte pour s'insérer au fragment supérieur. Le moyen, un peu plus considérable, s'insère au cartilage semi-lunaire, le troisième, très ténu, continue la direction primitive et s'insère au fragment inférieur.

Cette altération du ligament latéral externe permet une mobilité très grande du tibia en dedans.

Le mécanisme de la fracture est difficile à déterminer nettement; le malade a été pris dans une courroie de transmission. Il paraît probable qu'il s'agit d'une fracture par arrachement.

Entre les deux fragments, commencement d'organisation d'un cal encore embryonnaire dans lequel est compris le nerf musculo-cutané.

Ce cas nous montre comment, dans ces fractures, il peut y avoir paralysie du nerf. M. Duplay a soigné un malade chez qui celle-ci persiste aujourd'hui encore.

La mort, dans notre cas, est survenue plus de deux mois après le traumatisme et est sans relation avec lui.

6. Débris de placenta resté dans l'utérus à la suite d'une fausse couche; suppuration de la trompe. Péritonite ; par DEFONTAINE, interne des hôpitaux.

La nommée S..., femme G..., âgée de 34 ans, entre le 20 mars 1880 à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. FERNET.

Elle a été prise le 14 de vomissements, qui ont persisté les jours suivants, et sont devenus verdâtres le 16 ; ce même jour elle a commencé à souffrir du ventre; ces symptômes, survenus sans cause appréciable pour elle, ne faisant que s'aggraver, elle entra à l'hôpital où on put constater l'état suivant : Fièvre modérée, 38°, 38°,5. Ventre saillant, tendu, douloureux à la pression, surtout à la partie inférieure, mat au-dessous de l'ombilic; langue chargée, un peu sèche; constipation; intégrité du cœur et des poumons; pas d'albuminurie; le toucher rectal et le toucher vaginal ne donnent que des résultats négatifs.

Le diagnostic de péritonite pouvait être porté et il fut confirmé par l'évolution ultérieure des accidents, mais lorsqu'on voulait chercher à en reconnaître la cause, on était en présence d'une difficulté bien plus grande, puisque rien, ni dans les antécédents de la malade, ni dans son examen ne venait indiquer de quel côté siégeait le point de départ de cette complication.

Les jours suivants, les vomissements grisâtres fétides se reproduisirent, l'état de la malade s'aggrava rapidement, et, le 26, elle mourut.

AUTOPSIE. — On trouva une péritonite suppurée généralisée. Tous les viscères examinés successivement n'avaient pas fait découvrir la cause de cette péritonite. Mais l'utérus un peu plus gros et plus mou qu'à l'état normal, présentait sur la face postérieure de sa cavité, près du fond de l'organe, une saillie arrondie de la grandeur d'une pièce d'un franc, fendillée et mamelonnée à sa surface, semblant faire corps avec la muqueuse. Les trompes, surtout la gauche, étaient distendues par du pus que l'on pouvait faire facilement sortir par leur orifice péritonéal, en exerçant une légère pression. Il n'y avait ni phlébite ni lymphangite. Les trompes avaient donc été le lieu de passage des produits septiques de la cavité utérine à la cavité péritonéale. Quant à la production morbide qui avait été le point de départ des accidents, était-elle un néoplasme, un épithélioma développé sur la muqueuse, était-elle un débris de placenta, résultant d'une fausse couche qui serait passée inaperçue de la malade ou qu'elle n'aurait pas voulu avouer ?

L'examen microscopique de la pièce, fait par M. Mayor, confirme pleinement cette dernière hypothèse.

7. Hématocèle vaginale; par ROUXEAU.

Le nommé Liq..., 60 ans, entré le 14 mai 1880, à la salle saint André, n° 16 (service de M. GUYON). Cet homme, entra à l'hôpital pour une hydarthrose du genou droit, survenue depuis deux jours, elle gêne considérablement ses mouvements, surtout pour descendre un escalier. — Un vésicatoire, la compression et l'immobilisation la font disparaître assez rapidement.

Il était déjà entré à l'hôpital pour une hydarthrose du coude droit en 1873, et en 1874 pour une affection semblable du genou gauche. Ces deux affections avaient disparu en quatre mois, toutes les deux sous l'influence de l'immobilisation dans un appareil plâtré, d'application de vésicatoires et de teinture d'iode. En 1875, il rentre une troisième fois à Necker pour une hydrocèle vaginale à droite, qui avait débuté huit mois auparavant, spontanément, et qui ne lui causait pas la moindre douleur. Une ponction suivie d'injection iodée pratiquée par M. Guyon, la guérit complètement et le malade quitta l'hôpital deux mois et demi après. La guérison ne s'est pas démentie depuis.

En 1879, le malade voit se développer à gauche une affection semblable, également sans la moindre douleur et sans causer le moindre arrêt dans son travail. Ce n'est qu'à propos d'une affection incidente, l'hydarthrose du genou droit, dont nous avons parlé au début, qu'il entre pour la quatrième fois à Necker, le 19 mars 1880.

La tumeur scrotale est assez volumineuse, 26 à 28 cent. de tour; de plus elle n'est pas transparente et le malade avait déjà remarqué l'absence de ce signe.

Ponction le 15 mars. Il sort une certaine quantité d'un liquide rougeâtre qui contient une notable quantité de sang. — M. Guyon ne pense pas devoir faire d'injection iodée.

Au bout de deux à trois jours, signes d'inflammation, douleur, rougeur, tuméfaction des bourses, fièvre intense; abcès: une incision livra passage à une quantité notable de pus et à une matière gélatineuse: M. Monod résèque même une certaine portion de téguments assez épaissis à ce niveau. La plaie est pansée avec des compresses imbibées d'acide phénique.

Cette première incision ne suffit pas à modérer l'inflammation. Tous les signes d'un phlegmon diffus des bourses

se manifestent et, dans les derniers jours de mai, M. Monod pratique la castration et le testicule est enlevé avec les enveloppes considérablement épaissies et la cavité vaginale ne revenant pas sur elle-même.

Pansement de Lister. — Le 5 avril les points de suture sont enlevés. Les suites de l'opération sont des plus simples, la réunion est complète. — Le 11, le drain n'est pas encore retiré.

Les jours qui suivent, le malade est pris de vomissements avec frissons et fièvre. Un érysipèle s'est déclaré, qui, du reste, dure peu, et n'est pas suivi d'accidents fâcheux.

M. HOUEL pense qu'on ne pouvait faire que ce qu'on a fait, la castration.

Séance du 9 avril 1880.

PRÉSIDENCE DE M. MONOD.

8. Hypertrophie cardiaque. — Insuffisance aortique. — Crétification de l'aorte. — Asystolie. — Apoplexie pulmonaire. — Caillot dans une division de l'artère pulmonaire droite, sans infarctus; par Albert JOSIAS, interne des hôpitaux.

Le nommé Rossat, âgé de 59 ans, est entré le 6 avril 1880, à l'hôpital Tenon, dans le service de M. H. RENDU, salle Gérard, lit n° 8. Ni antécédents de famille, ni commémoratifs personnels. Dans sa jeunesse, cependant, il a fait des excès alcooliques.

Depuis dix mois, il est souffrant; il raconte, en effet, qu'à cette époque il subit plusieurs refroidissements qui furent suivis d'une gêne notable de la respiration, caractérisée par de l'oppression et de la dyspnée. La dyspnée est devenue très fréquente depuis cinq mois, et s'est accompagnée de palpitations intolérables. — Dès le premier mois de sa maladie, il a rejeté des crachats sanguinolents, épais, grisâtres; cette expectoration aurait complètement cessé durant deux mois et demi, puis serait de nouveau apparue peu abondante, et, enfin, depuis un mois, elle est presque continuelle et caractérisée par des crachats sanguins, noirs, épais. — Il y a six mois environ, le malade a remarqué que ses pieds en-

flaient; cet œdème aurait disparu momentanément, grâce au repos et à un traitement approprié. — Actuellement, cet œdème occupe les membres inférieurs et est très notable. — Pas d'ascite. — Le foie est augmenté de volume et mesure en hauteur 20 centimètres.

Le cœur présente, à l'auscultation, les caractères suivants : à la base et à droite du sternum existe un bruit de souffle rude, diastolique, en même temps qu'un léger bruit de souffle systolique. — A la percussion, le cœur est considérablement hypertrophié et donne comme dimensions : diamètre transversal de la base : 12 centimètres; longueur du bord droit : 19 centimètres. La pointe du cœur est très abaissée. Les battements des artères du cou sont exagérés et très visibles. Le pouls est régulier et légèrement bondissant. — L'examen des poumons révèle, en arrière de la base du poumon droit, une submatité avec diminution du bruit vésiculaire. En somme, il s'agit d'une apoplexie pulmonaire avec phénomènes d'asystolie. — Traitement : Tisane de queues de cerises. Julep avec 30 gouttes de teinture de scille. Une pilule cynoglosse. — Lait.

7 avril. Dyspnée : persistance des crachats sanglants, plus rouges. — Anasarque. Extrémités froides, peu cyanosées — Même état de pouls.

8 avril. Décès à 2 heures du matin.

AUTOPSIE. — Cœur hypertrophié. Le poids du cœur, entièrement débarrassé de ses caillots, est de 1015 grammes (ces caillots sont épais, nombreux, noirs). Longueur de la pointe au bord droit = 16 cent.; hauteur du ventricule gauche = 16 cent.; largeur transversale = 17 centimètres. — A la surface du cœur, plaques laiteuses multiples — Epaisseur du ventricule gauche = 2 cent. 1/2.

Aorte insuffisante, athéromateuse (lésions d'orifice et des valvules) véritable crétification de l'aorte. — Pourtour de l'orifice = 9 cent.; hauteur des valvules = 2 cent. Les valvules sigmoïdes, au lieu d'avoir un bord libre, souple, mince, présentent un bord mamelonné et incrusté de sels calcaires; cette lésion est moins intense que celles situées plus haut et caractérisées par une véritable crétification. Orifice pulmonaire, suffisant. Valvules mitrales, élargies en même temps que l'orifice; pourtour de l'orifice = 11 cent. 1/2; hauteur de la valvule = 3 centimètres.

Poumons. Noyau considérable d'apoplexie à la base du poumon gauche qui présente en outre une congestion pulmonaire excessive. Dans les premières bifurcations de l'artère pulmonaire droite se trouvent des caillots fibrineux,

et, dans une division de l'artère pulmonaire droite existe manifestement *un caillot sans infarctus pulmonaire*.

Foie. Poids : 1875 grammes (muscade). Lobules hépatiques jaunâtres et tranchant avec la coloration rouge violacée péri-lobulaire ; on ne voit pas partir de la capsule de Glisson des traînées fibreuses, indiquant un commencement de sclérose. — *Rate* petite, sclérosée. — *Reins* congestionnés. Substance corticale très ferme.

RÉFLEXIONS.—Sans insister sur la marche rapide des accidents, cette observation nous paraît présenter plusieurs particularités intéressantes au point de vue anatomo-pathologique. Il n'est pas commun, en effet, de trouver un cœur atteignant des dimensions aussi exagérées et un volume aussi notable. Mais ce que nous tenons à mettre en relief, c'est l'existence d'un caillot fibrineux dans une des divisions de l'artère pulmonaire sans infarctus, contrairement à ce qu'on a coutume d'observer dans l'apoplexie pulmonaire.

M. FÉRÉ rappelle que M. Legendre a montré récemment un fait dans lequel le territoire du vaisseau oblitéré était marqué par de l'atélectasie et non par un infarctus.

9. Description histologique de la peau d'un enfant scarlatineux ; par Ch. REMY, chef du laboratoire de clinique de la Charité.

Un enfant, âgé d'un an environ, succomba pendant la période de l'éruption de la scarlatine. Après sa mort, la peau avait perdu la coloration spéciale à cette maladie ; mais toute altération n'avait pas disparu, comme l'examen histologique nous en rendit compte.

Il y a simultanément lésion du derme et de l'épiderme, mais la lésion majeure existe dans le derme. Les vaisseaux capillaires sont le siège de cette lésion et principalement ceux de cette substance molle qui constitue la partie superficielle du derme et des papilles et qu'on désigne sous le nom de corps papillaire. — Ces capillaires présentent une dilatation générale et uniforme, différente en cela de la dilatation qui s'observe dans les vaisseaux capillaires des rougeoles, et qui est localisée au réseau des capillaires qui termine quelques artérioles. Ces capillaires mesurent 2 à 3 centièmes de millimètre dans les papilles proprement dites ; 6 à 8 centièmes dans la couche plus profonde qui réunit ensemble le pied des papilles.

Quelques capillaires traversant le derme, quelques autres

appartenant aux lobules adipeux du pannicule adipeux sous-cutané sont également dilatés. Mais cette dilatation s'accompagne de modifications appréciables histologiquement dans le contenu sanguin des capillaires. Sans cela, elle pourrait être confondue avec la dilatation qui s'observe dans la cyanose des fièvres intermittentes. J'eus l'occasion, en 1877, alors que j'étais interne à l'hôpital temporaire, d'observer la peau d'un terrassier qui fut atteint d'un accès de fièvre pernicieuse pendant qu'il travaillait à l'avenue de l'Opéra, et qui mourut dans le stade de froid, tout cyanosé. Le sang était alors resté dans les capillaires du corps papillaire et avait dilaté, bourré ces vaisseaux. Mais ce sang n'offrait pas de modifications spéciales, tandis que le sang de notre scarlatineux en présente.

Tous les petits capillaires et vaisseaux sont remplis de caillots. Dans plusieurs, un réticulum de fines fibrilles fait présumer de l'existence de fibrine en quantité anormale dans le plasma sanguin. Ailleurs, la fibrine est précipitée sous forme granuleuse ou sphéroidale. De plus le nombre des globules blancs du sang semble être augmenté considérablement, eu égard aux globules rouges, quoique je ne puisse pas fixer de chiffre exact. Pour en donner une idée, dans un capillaire de 6 cent. de mil. de diamètre, je trouve 12 globules blancs, dans des capillaires de 2 centièmes seulement j'en trouve 7 ou 8. Ces leucocytes sont de divers volumes, plus petits ou plus gros que les globules rouges, mais ils sont de moindre volume que ceux qui s'observent dans la leucocythémie. Presque partout, ces globules sont mêlés aux globules rouges, ce qui me fait affirmer la qualité des capillaires sanguins, mais quelquefois ces globules blancs sont seuls dans le vaisseau ; aussi tout en faisant des réserves, en jugeant d'après le contenu, je puis croire que les lymphatiques ont participé aussi à l'engorgement des leucocytes, car c'est par deux mots que je puis résumer ce qui précède, *congestion sanguine et accumulation de leucocytes*.

J'ai pu comparer à cette lésion scarlatineuse, quelques coupes de peau de varioleux, l'un mort pendant l'éruption, l'autre mort avec cette éruption générale désignée sous le nom de rash par les Anglais inoculateurs de la variole. Dans ces deux cas aussi, existe l'accumulation des globules blancs dans les vaisseaux de la couche papillaire de la peau, ces globules blancs semblaient être seuls contenus dans les capillaires, d'où j'avais conclu à la nature lymphatique du conduit.

Dans un cas de rougeole, j'ai pu constater sur les parties

congestionnées une semblable augmentation de globules blancs, dans les vaisseaux sanguins uniquement.

On voit donc que le fait offre une certaine généralité et je ne crois pas qu'il soit sans importance pour expliquer l'évolution consécutive de ces fièvres éruptives et leur tendance à la suppuration. Je le rapprocherai des faits relatés dans les ouvrages spéciaux de maladies de la peau, de O. Simon et de Neumann, où il est dit qu'on a trouvé à l'autopsie de rougeole, variole et scarlatine, des accumulations de globules blancs dans les viscères, foie et rate. J'ai moi-même observé un fait semblable dans la rate d'un sujet mort de rougeole.

On peut objecter que cette accumulation de leucocytes dans le derme est le résultat d'une stase dans les capillaires, causée par leur dilatation. Mais pourquoi dans le cas de fièvre pernicieuse, le sang ne contenait-il pas de globules blancs? Et ensuite s'il y a stase, pourquoi le sang reste-t-il rouge et ne devient-il pas noir en se chargeant de l'acide carbonique des tissus, comme dans la cyanose par stase veineuse? Quoi qu'il en soit, que les globules blancs soient produits en abondance par le fait de la maladie, ou qu'ils soient accumulés mécaniquement, le résultat est le même et le trouble nutritif de la peau existe. Enfin, ce qui porte à penser qu'il s'agit réellement d'une modification vitale du sang et non pas d'une modification mécanique, c'est la présence inaccoutumée de fibrine.

Les parois vasculaires ne sont pas modifiées dans la scarlatine. L'épithélium et la paroi amorphe des capillaires sont intacts. Il en est de même du tissu ambiant. Il n'y a pas de prolifération nucléaire, pas de globules blancs sortis des vaisseaux, le tissu n'a pas subi de modifications élémentaires, il en est de même du corium et du tissu adipeux.

Le revêtement épithélial est épaissi, ce qui se voit facilement par comparaison avec la peau naturelle d'un autre enfant, et même d'un rougeoleux. L'augmentation est due à la multiplication des cellules allongées de la couche profonde, qui sont disposées sur plusieurs couches. Mais cette augmentation ne s'accompagne pas d'une scission plus nombreuse dans les noyaux, c'est plutôt une augmentation par le corps cellulaire. Cependant, le corps cellulaire ne présente pas de vacuoles ni de granulations anormales, le noyau est pourvu de un ou deux nucléoles. La couche cornée n'est pas modifiée, compacte, elle est remarquable par l'asselement de ses cellules, tandis qu'au contraire, la couche cornée de plusieurs rubéoliques est furfuracée et décomposable en écailles.

Le tissu phanérophore et le système pileux ne sont pas modifiés, non plus que les glandes sébacées, mais les glandes sudoripares paraissent vides et flétries. Leur enveloppe amorphe est plissée et ratatinée, les cellules épithéliales sont rapetissées et irrégulières.

En résumé, les lésions cutanées les plus évidentes de la scarlatine sont la congestion sanguine et l'agglomération des globules blancs dans les capillaires, sans modification du derme. Les troubles épithéliaux sont moins certains que dans le cas que j'ai observé.

M. MONOD demande si les conditions mécaniques de la circulation ne suffiraient pas à expliquer l'accumulation de globules blancs dans le réseau superficiel.

10. Leucocythémie; par LIANDIER, interne des hôpitaux.

La nommée Marie Fourn., âgée de 30 ans, entrée le 6 janvier 1880, salle Henri IV, n° 43, à Saint-Louis (service de M. GUIBOUT). Père en très bonne santé; mère âgée de 59 ans, très maigre, toussant beaucoup depuis l'âge de 12 ans, Deux frères bien portants.

La malade elle-même a été dans son enfance très sujette à l'impétigo. A l'âge de 4 ans, on a dû lui ouvrir un abcès dans la région mastoïdienne. Les règles, établies à l'âge de 18 ans, étaient très abondantes, et fatiguaient beaucoup la malade. Du reste, bonne santé jusqu'à l'âge de 27 ans. A cette époque, apparurent dans la région splénique, des douleurs qu'un vésicatoire fit disparaître. En même temps, la malade commença à s'affaiblir, et cessa alors de frotter, occupation qui la fatiguait beaucoup. Elle n'en continua pas moins à dépérir.

Il y a un an, elle sentit une douleur dans l'aîne gauche et s'aperçut de l'existence, à ce niveau, de deux petites tumeurs qui grossirent rapidement. En même temps, les règles cessèrent de se montrer, pour reparaitre une seule fois au bout de deux mois, et disparaître de nouveau.

Au mois d'août 1879, une tumeur se montra dans l'aisselle et, en 15 jours, atteignit le volume du poing. Elle était très douloureuse. La malade entra dans le service de M. Ledentu, suppléé par M. Peyrot, qui prescrivit des toniques et de l'iodure de potassium. Au bout de 20 jours, la tumeur axillaire n'avait plus que le volume d'une noix; la tumeur inguinale n'était pas modifiée. La malade quitta l'hôpital. Quinze jours plus tard, apparaît dans l'aîne droite une autre tumeur qui grossit aussi avec rapidité. Il y a un mois, la

malade éprouvant des démangeaisons dans la tumeur inguinale gauche, la gratta et donna lieu à une excoriation qui causa une hémorrhagie très abondante. Depuis, elle est restée ulcérée, mais l'ulcération n'a pas grandi; elle est devenue très douloureuse, ce qui a décidé la malade à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. La malade est amaigrie; moins toutefois qu'il n'y a 4 mois; les muqueuses sont un peu décolorées. Les règles n'ont pas reparu depuis 10 mois. L'aine gauche est occupée par une tumeur volumineuse adhérente à la peau, qui, à ce niveau, forme deux saillies superposées, à grand axe dirigé en dedans et en bas. A ce niveau, la peau est d'un rouge sombre; sur la saillie supérieure, elle présente une ulcération de la largeur d'une pièce de un franc, à fond blanchâtre. Dans l'aine droite, tumeur du volume d'un œuf, ovale, irrégulière, mamelonnée à sa surface, dure, mobile sous la peau.

Dans l'aisselle droite existe une tumeur semblable, dont la malade ne soupçonnait pas l'existence. Dans la gauche, tumeur mobile, arrondie, régulière, du volume d'une noix. Les ganglions du cou sont durs et se sentent très bien sous le doigt, surtout ceux qui sont situés au-dessus de la clavicule droite et qui ont le volume d'une grosse amande. Les autres ganglions paraissent sains. Rien d'anormal à l'auscultation du cœur et des poumons. Il existe une fièvre légère. Pouls, 88. Quelques frissons dans la journée. Pas d'appétit, mais bonnes digestions; garde-robes faciles. La rate dure, gonflée, déborde les côtes de quatre bons travers de doigt. A ce niveau, la pression est douloureuse.

Traitement. Repos, toniques, potion strychninée. Hydrothérapie dès que la température le permettra.

9 janvier. La malade se plaint de souffrir beaucoup de la tumeur qui occupe l'aine gauche; l'ulcération suppure plus que de coutume. Le 10, hémorrhagie par l'ulcération; la malade dit avoir perdu à peu près un verre de sang.

12 janvier. Absès dans la tumeur inguinale gauche, du volume d'une grosse fève, très fluctuante. Potion antiscrofuluse.

14 janvier. Nouvel absès dans la saillie cutanée inférieure.

15 janvier. Application de pâte de Vienne sur les deux plis qui couvrent la tumeur inguinale gauche. Une partie des tissus rouges est détruite, laissant après l'élimination une ulcération à fond grisâtre et peu purulent. Le 20, nouvelle application caustique.

23 janvier. Douleur dans le genou gauche; il existe un

léger épanchement dans les deux genoux; choc rotalien peu marqué mais très net.

24 janvier. Raies de feu sur les deux genoux.

27 janvier. Les surfaces laissées à découvert par la chute des eschares sont cautérisées par le thermo-cautère. Cette opération paraît produire une vive douleur. Depuis quelques jours, la malade se plaint de souffrir beaucoup de la région splénique. Les douleurs reviennent dans la soirée à la même heure. On donne 0,40 centigrammes de sulfate de quinine.

5 février. Raies de feu sur la rate et nouvelle cautérisation de la plaie. L'articulation péronéo-tibiale est gonflée et très douloureuse.

27 février. Examen du sang au microscope. Les globules blancs sont très nombreux; on en observe une dizaine au lieu de deux ou trois dans le champ du microscope. (Verick oculaire n° 2, objectif n° 7.)

24 mars. Nouvelle cautérisation; la peau qui recouvre la tumeur inguinale du côté droit est devenue adhérente et un peu bleuâtre. La malade a pris quelques douches froides, mais une légère bronchite oblige à les suspendre. Les ganglions inguinaux, du côté gauche, semblent un peu moins gros.

30 mars. Vives douleurs en ceinture dans la région lombaire; température élevée; pouls plein et rapide. Visage très rouge ainsi que le cou et l'abdomen qui semblent congestionnés.

1^{er} avril. Diarrhée très fétide et très abondante. Nous ne pouvons nous procurer de l'urine pour l'examiner.

Dans la nuit du 2 au 3 avril, hémoptysie légère aussitôt suivie d'une épistaxis abondante. La malade dit avoir en même temps vomi du sang, mais peut-être provenait-il des fosses nasales. Le sang a largement sali deux alèzes, la malade se trouve très soulagée. Prescription: potion avec 50 gouttes de perchlorure de fer; mais la malade rejette tout. L'hémorrhagie paraît arrêtée le matin; mais dans la journée elle reparait à différents intervalles. De temps à autre, la malade rejette par la bouche des caillots noirs et les selles sont colorées en brun. Le soir, vers 5 heures, le sang reparait. Tamponnement de l'orifice antérieur des fosses nasales; injection d'ergotine; on se tient prêt à faire le tamponnement complet. L'hémorrhagie ne reparait pas, mais la malade succombe à trois heures et demie en pleine connaissance.

AUTOPSIE. — Cœur petit; rien de particulier d'ailleurs: poumons très rétractés. Dans le bord antérieur du lobe supérieur du poumon droit, plusieurs noyaux de pneumonie caséuse. Dans le sommet du même poumon, on trouve une con-

crétion calcaire grosse comme un noyau de prune. Les ganglions bronchiques ont subi en grande partie la transformation crétacée. Le foie est gras, un peu gros, ainsi que les reins. Rate très volumineuse, dure, rouge, parsemée de plaques blanches de périsplénite. L'intérieur est rouge, pointillé de blanc.

11. Ramollissement cérébral avec aphasie, sans lésion de la circonvolution de Broca; par J. Corby, interne des hôpitaux.

G..., 59 ans, entre dans le service de M. PROUST, à Lariboisière, le 16 mars 1880. Pendant 18 ans qu'il est resté au 3^e zouave, G... avoue s'être livré à de nombreux excès, il était buveur d'absinthe. Il jouissait d'ailleurs d'une santé inaltérable, et n'a jamais été arrêté que par des blessures reçues à la guerre. Comme maladies antérieures, nous ne pouvons relever que deux ou trois blennorrhagies et un chancre qui n'a pas été suivi d'accidents spécifiques. La maladie qui amène G... à l'hôpital, l'a frappé subitement il y a 17 jours, au réveil. Il s'agit d'une hémiplegie droite avec aphasie. Il peut encore marcher en traînant la jambe, mais son membre supérieur est absolument inerte, les traits de la face sont déviés à gauche, l'orbiculaire n'est pas paralysé. La sensibilité des téguments, sans être abolie, est notablement diminuée à droite. L'intelligence a persisté et le malade raconte gaiement, quoique avec difficulté, tous les détails de son histoire. L'examen des différents appareils ne nous révèle rien d'anormal, l'appétit est conservé, l'état général est excellent.

20 mars. G... étant descendu se promener sur la terrasse de l'hôpital, a été pris d'un étourdissement, est tombé, et n'a plus quitté le lit, à partir de ce jour. L'hémiplegie droite est devenue plus absolue, les deux membres sont complètement inertes. L'aphasie est plus prononcée qu'avant cette nouvelle atteinte. La difficulté qu'il éprouve à trouver les mots exaspère G..., il jure et s'impatiente, c'est un type d'aphasique. Au bout de huit jours de cet état, l'intelligence décline, et bientôt survient une somnolence comateuse qui se termine par la mort le 3 avril, 34 jours après le début de la maladie.

AUTOPSIE 36 heures après la mort. — Examen des organes thoraciques : dilatation considérable de l'aorte, avec nombreuses plaques d'athérome, caillot récent dans la lumière du vaisseau, insuffisance des valvules aortiques; cœur de volume normal; poumons sains.

Abdomen. Foie volumineux et très congestionné. Rate grosse. Reins également congestionnés.

Cavité crânienne. Hémisphère cérébral droit sain. Hémisphère cérébral gauche présente un élargissement notable des circonvolutions de la zone motrice, avec effacement des sillons. Au niveau de la première frontale, de la partie supérieure de la frontale ascendante et du lobe paracentral, existe une fluctuation manifeste, qui devient bien plus évidente, après décortication. La région des deuxième et troisième frontales, et des circonvolutions de l'insula, paraît saine à la surface. Il n'existe d'ailleurs en aucun point du cerveau, de lésions superficielles des circonvolutions.

Nous pratiquons une coupe verticale suivant la partie fluctuante et le pied des deuxième et troisième circonvolutions frontales. Il s'écoule une grande quantité de liquide séreux jaune citrin. Nous pouvons alors apprécier l'étendue du foyer de ramollissement qui s'insinue sous la partie supérieure de la frontale ascendante et le pied de la première frontale; quant à la circonvolution de Broca, elle ne présente aucune lésion appréciable à l'œil nu. Il en est de même du lobule de l'insula et de toutes les autres parties du cerveau. Le ramollissement n'a intéressé que la substance blanche de la zone motrice voisine du sillon de Rolando; elle nous explique suffisamment l'hémiplégie.

RÉFLEXIONS. — Il s'agit très-probablement d'un ramollissement par embolie, quoique nous n'ayons pu trouver l'embolie dans les branches de la sylvienne gauche. Ce qui nous fait admettre une embolie, plutôt qu'une thrombose, c'est, d'une part, le début subit des accidents, d'autre part, l'existence d'une lésion aortique (dilatation anévrysmale, caillots sanguins.)

Quant à l'aphasie, nettement constatée chez le malade, nous ne pouvons l'expliquer, que par une dérogation exceptionnelle à la loi découverte par M. Broca. Nous n'avons nullement la prétention d'ébranler la doctrine des localisations cérébrales, encore moins de renverser une localisation basée sur des centaines de faits bien constatés. Le fait que nous présentons est exceptionnel, et nous n'y attachons qu'une importance médiocre.

M. FÉRÉ fait remarquer que la coupe qui a été faite sur le cerveau frais est en avant du centre du langage, et que celle qui vient d'être faite au bon endroit sous les yeux de

la Société n'est pas absolument probante, à cause de l'état avancé de la pièce. La substance blanche de la troisième circonvolution présente une coloration et une consistance douteuses.

MM. BALLET, de BOYER et MAYOR font également des réserves sur cette pièce.

12. Syphilis maligne généralisée (foie, cerveau, poumons, gommes multiples), cachexie; par M. STACKLER, interne des hôpitaux.

La femme C..., âgée de 45 ans, est entrée le 14 mai 1880, à la salle 2^e droite (lit n^o 24), hôpital Tenon, service de M. HALLOPEAU.

Cette femme, comme renseignement à peu près unique, nous apprend qu'il y a huit ans, elle épousa un homme qui sortait de l'hôpital du Midi. Deux mois après son mariage, elle présenta des syphilides ulcéreuses. Elle n'a suivi aucun traitement depuis le début de sa maladie.

Elle entre actuellement à l'hôpital dans un état de cachexie très avancée. Elle est pâle, amaigrie, ses membres inférieurs sont enflés. Elle refuse à peu près toute nourriture.

Elle porte sur les bras, les jambes, les cuisses, des cicatrices larges et profondes. Les plus importantes existent : l'une sur la jambe droite et présente environ 10 centimètres dans son plus grand diamètre; l'autre à la malléole interne du pied droit, et est étoilée, non adhérente.

A la partie postéro-externe de l'extrémité inférieure de la jambe droite, se trouvent deux ulcérations arrondies, taillées à pic. Il en existe une analogue au sommet de la tête.

A la partie supérieure et antérieure de la jambe, immédiatement en dehors de l'extrémité supérieure du tibia, est une masse du volume d'une petite pomme, aplatie, vaguement fluctuante, indolente. L'on remarque aussi deux exostoses, l'une au niveau de l'angle du maxillaire inférieur gauche, l'autre au niveau de l'apophyse montante du maxillaire supérieur droit. Il y a des syphilides ulcéreuses nasales qui déterminent un suintement constant. Le foie paraît dépasser le rebord des fausses côtes de trois travers de doigt; sa surface est bosselée. Du côté gauche de l'abdomen, on sent une tumeur large comme la main, qui semble être la rate considérablement augmentée de volume. Il y a peut-être un peu d'ascite.

Au niveau du cœur, point de signe à noter.

Poumon droit : sous la clavicule, matité à tonalité très élevée. Murmure respiratoire complètement aboli, léger souffle à timbre amphorique. En arrière, matité dans tout le côté gauche de la poitrine, vibrations diminuées. Souffle et râles humides dans toute la hauteur du poumon gauche. **Poumon droit, en arrière, dans la moitié inférieure du thorax,** gargouillement et souffle, vibrations conservées. Paralyse du bras gauche, paralysie incomplète de la jambe gauche. L'usage de la parole est intact. Il n'y a pas d'anesthésie. La malade meurt le 20 mai.

AUTOPSIE. — L'autopsie est faite le 21 mai. La plèvre gauche est recouverte, dans toute son étendue, par de fausses membranes qui paraissent de formation récente, quoique assez adhérentes. Le poumon gauche est de consistance ferme, dure, excepté au sommet où existe une partie excavée et ramollie. Tout le poumon est parsemé de petits îlots, d'apparence caséuse, de couleur blanc grisâtre, à contours irréguliers. Les dimensions de ces îlots varient de celle d'un grain de chènevis, à celle d'une petite noisette. Le tissu qui les environne est gris rougeâtre et dur. Il y a plusieurs excavations dans le poumon, la plus grande qui présente le volume d'une noix, siège au sommet, et ses parois sont tapissées par une membrane. La surface de cette membrane est de couleur grise et parsemée de points jaunâtres. Deux autres cavités plus petites, mais analogues dans leur configuration, se voient dans le même poumon. Au niveau du hile, adhérente au poumon, se trouve une masse ganglionnaire de consistance pierreuse. En ouvrant les gros troncs bronchiques, on voit que la muqueuse est très injectée, parsemée de granulations analogues à celles que l'on rencontre dans le poumon, et de dimensions également très variables. Ces granulations se retrouvent sous la muqueuse des bronches.

Dans le lobe inférieur du poumon droit, on trouve la même lésion qu'à gauche. Dans le lobe supérieur, on sent au toucher quelques nodosités correspondant à de petites masses semblables à celles que renferme l'autre poumon, mais qui ne sont qu'incomplètement caséifiées. Ces nodules sont en général gros comme des grains de chènevis; ils font saillie sur les coupes du poumon. On ne voit pas à leur périphérie de granulations miliaires, la plupart sont grisâtres dans la partie centrale. Quelques-unes de ces petites tumeurs se voient, à la surface du poumon, sous forme de légères saillies grisâtres, dures au toucher.

Elles paraissent groupées sur le trajet des vaisseaux lymphatiques. En certains points, il y a comme un semis de

granulations dont les unes sont très-petites et miliaires. Les reins paraissent intacts.

La rate est très volumineuse, environ 6 fois son volume ordinaire.

Le foie est diminué de volume et pèse 1430 gr. Il est très dur, déformé, de couleur jaunâtre. Il existe à sa surface des dépressions profondes, de consistance cicatricielle, qui le partagent en nombreux îlots de dimensions variables. Sa surface est granulée. A la coupe, on aperçoit, outre des parties déprimées et des parties saillantes, ça et là des îlots de substance jaunâtre, à bords nettement arrondis, rassemblés en nombre variable sur un point, mais sans se confondre.

Le cœur est plus petit que normalement et ressemble assez au cœur des phthisiques. Il ne présente aucune lésion ni de l'endocarde ni des valvules. L'aorte nous offre, au niveau de sa crosse, plusieurs points jaunâtres, les uns tant soit peu saillants, les autres déprimés en forme de cicatrice; à la voûte crânienne, au niveau du bord supérieur du pariétal gauche, on voit une perte de substance de la largeur d'une pièce de 50 centimes, n'intéressant que la table externe de l'os, et remplie d'une matière dure, gris jaunâtre.

Méninges : L'arachnoïde est trouble, sa surface est opaline sur divers points de la convexité. Sur le trajet des vaisseaux, on voit des granulations saillantes de volume variable, la plupart grosses comme un grain de millet, une plus considérable, grosse comme un grain de chènevis. Ces granulations sont de coloration jaunâtre; les plus volumineuses se voient sur le trajet des vaisseaux de la partie supérieure et de la partie inférieure de la circonvolution pariétale ascendante droite. Au niveau de la scissure de Sylvius, les méninges sont encore plus opalines; leur surface est inégale; mais il n'y a pas de granulations apparentes.

Les parois des artères sylviennes sont blanchâtres; sur le tronc basilaire on voit une plaque qui ressemble à une plaque d'athérome ordinaire. Les granulations sont excessivement nombreuses dans le sillon de Rolando, du côté droit. Là, les méninges sont très épaissies, couvertes de granulations adhérentes. On découvre en ce point, par une coupe verticale, une masse qui occupe toute l'épaisseur des circonvolutions; ses dimensions sont à peu près celles d'une noix. Elle s'étend sur le centre ovale. La substance cérébrale présente en ce point une couleur hortensia, avec un semis de points noirs hémorrhagiques. La pie-mère est criblée de granulations et englobée dans la masse précédente; celle-ci intéresse la partie la plus élevée (1/3 supérieur) des circonvolutions pariétales, mais empiète sur la partie

correspondante des circonvolutions frontales. A la face interne des hémisphères, le long des vaisseaux, on trouve un exsudat blanchâtre analogue à du pus.

Pas d'altération dans l'hémisphère gauche, ni dans le cervelet. A la partie supérieure et interne de la jambe gauche, une gomme de la grosseur d'une pomme.

L'examen histologique de ces différentes pièces n'est pas encore terminé.

13. M. MONOD fait une communication sur l'*hématocèle vaginale expérimentale*. — Les hématocèles parenchymateuses attribuées au traumatisme sont extrêmement rares. Il faut un effort considérable pour produire un écrasement des testicules, qu'on peut difficilement empêcher de fuir sous le choc. Quand on obtient cet écrasement, on détermine une rupture de l'albuginée et une hématocèle vaginale. Il n'y a pas d'hématocèle traumatique directe, le sang est toujours fourni par le testicule.

14. Ostéomyélite suppurée chez un enfant de 8 mois ;
par VARIOT, interne des hôpitaux.

Entré le 24 mars dans la crèche de M. DAMASCHINO à l'hôpital Laënnec, cet enfant avait été pris cinq jours avant de convulsions suivies d'une fièvre intense. Sa mère remarquait, en même temps, un gonflement général du genou droit et de tout le membre inférieur du même côté.

24 mars. A son entrée, abattement profond, peau sèche et brûlante, genou droit demi-fléchi, très gonflé, tuméfaction générale de la cuisse et de la jambe droite avec empâtement profond, 39° de température.

25 mars. M. Nicaise pratique une incision à la partie externe de la cuisse où la fluctuation est assez superficielle, il s'échappe une grande quantité de pus. Le genou ne diminue pas de volume, la tuméfaction gagne les bourses.

26 mars. L'état s'aggrave, convulsions générales répétées, le genou droit est très fluctuant. Mort le 27, dans la soirée.

AUTOPSIE. — Le genou droit est plein de pus qui s'écoule à l'ouverture, pas de pus dans l'articulation coxo-fémorale du même côté, qui est saine.

Le périoste du fémur droit est décollé en grande partie par le pus. Il existe, en outre de la collection ouverte par M. Nicaise, une énorme collection plus profonde qui entoure le fémur dans une étendue de plusieurs centimètres.

Un trait de scie donné sur le fémur montre que la moelle dans toute l'étendue du canal médullaire est supprimée.

La suppuration est plus avancée à la partie moyenne du canal au niveau même de la diaphyse. L'épiphyse inférieure du fémur correspondant au genou malade est un peu décollée, on peut imprimer quelques mouvements de latéralité.

Pas de décollement des apophyses trochantériennes du même côté. — Le tibia droit scié montre que la moelle, dans la portion la plus voisine du genou, est très injectée; il existe déjà quelques foyers limités de suppuration. Les os du membre du côté opposé ne présentent rien à noter, non plus que les os du rachis. Pus remplissant la cavité péricardique, et fausses membranes épaissies sur le cœur.

C'est là un cas d'ostéomyélite incontestable; le processus était beaucoup plus avancé dans le canal médullaire, au niveau de la diaphyse qu'au niveau de l'épiphyse. M. Goselin, à qui nous avons montré la pièce, a été absolument de cet avis. Chez les enfants très jeunes où l'ossification est très active, dans toute l'étendue de l'os, l'inflammation pourrait bien ne pas avoir la même tendance à se localiser aux épiphyses que chez les adolescents, ainsi que le fait remarquer M. Lannelongue.

15. Exostoses symétriquement développées autour de l'articulation coxo-fémorale, et réunies par une articulation incomplète ; par L. BOITEUX, interne des hôpitaux.

Le nommé Chifflet Romain, âgé de 50 ans, employé de commerce, entré le 22 mars 1880, salle Sainte-Geneviève, lit n° 6, service de M. LEGROUX, à l'hôpital Laënnec.

Cet homme nous arrive des hôpitaux le 22 mars. Il est très amaigri et paraît plus âgé qu'il ne l'est en réalité : il est tuberculeux au 3^e degré. Il présente une déformation considérable de l'articulation coxo-fémorale droite et de l'os iliaque correspondant. L'os iliaque, augmenté de volume, s'avance vers la face antérieure du fémur, qui présente une tuméfaction considérable allant à la rencontre de celle du bassin. Ces productions ont une consistance osseuse; les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont très limités, mais non totalement perdus, si bien que le malade peut encore marcher. C'est le mouvement de flexion de la cuisse sur le bassin qui est le plus limité; aussi le malade ne peut-il s'asseoir sur son lit sans laisser pendre la jambe droite au dehors. Pas de craquements articulaires. Aucun phénomène de compression : pas d'atrophie du membre.

Les ganglions inguinaux sont repoussés en avant par la tumeur, mais non augmentés de volume.

Voici les seuls renseignements que donne le malade sur l'origine de cette déformation : pas de contusion ni de fracture antérieures ; pas de syphilis ; le début remonterait à 3 ou 4 ans, mais cette date paraît bien rapprochée pour une tumeur de ce volume. L'accroissement aurait été progressif, jamais de douleurs.

Mort le 29 mars de phthisie pulmonaire.

AUTOPSIE. — Tuberculose des deux poumons, avec excavations multiples. L'articulation coxo-fémorale gauche et les autres parties du squelette sont saines.

L'articulation coxo-fémorale droite est cernée en avant par deux productions osseuses énormes, partant l'une de l'os iliaque, l'autre du fémur, et réunies entre elles par une sorte d'articulation de nouvelle formation sur laquelle nous aurons à revenir. La portion iliaque est développée aux dépens de la moitié inféro-interne de la fosse iliaque interne, de l'épine iliaque antéro-supérieure et de la portion voisine de la crête, toutes parties reportées en avant par la tumeur. La portion fémorale part de la face antérieure de l'os, et c'est à peu près à la hauteur de l'articulation que se trouve la néarthrose qui unit les deux productions.

La masse a 28 centimètres de dimension longitudinale ; les dimensions antéro-postérieures, au point le plus volumineux, sont de 17 centimètres. La plus grande épaisseur de la même masse totale est de 9 centimètres. La forme générale de cette production ossiforme, considérée dans son ensemble, est celle d'un ovoïde à grand diamètre longitudinal et convexe antérieurement.

Nous étudierons successivement la portion iliaque, la portion fémorale et la néo-articulation.

Portion iliaque. La fosse iliaque externe n'est pas modifiée dans sa forme, et nous insisterons sur ce fait, que l'implantation de la tumeur se fait uniquement à la face interne et à la crête de l'os. La ligne d'implantation part de la crête iliaque, à 12 centimètres en avant de l'articulation sacro-iliaque ; de là elle se dirige en avant et en bas, en décrivant, dans la fosse iliaque interne, une courbe à convexité postéro-interne, pour arriver au niveau de l'éminence iléo-pectinée ; elle n'aborde en aucun point le détroit supérieur, mais rétrécit considérablement le grand bassin. Ainsi circonscrite à son point d'attache, la masse s'élève presque perpendiculairement à la surface de la fosse iliaque interne, pour former une tumeur piriforme, à surface régulière, englobant l'ancienne épine iliaque et la portion an-

érieure de la crête qui est son point d'implantation en dehors.

Portion fémorale. Elle continue assez régulièrement la forme ellipsoïde de la portion iliaque, mais son implantation au fémur se fait avec une inclinaison beaucoup plus douce. Le grand trochanter est englobé par elle, mais le petit trochanter en est distinct, et, entre la tumeur et cette saillie, se voit une gouttière longitudinale qui se prolonge sur l'arcade pubienne, longeant toute la production : c'est là que passait l'artère fémorale, ainsi à l'abri de la compression.

Néarthrose. Pour étudier la néarthrose, il faut faire une coupe verticale antéro-postérieure. On voit alors, en avant de la tête fémorale, qui ne paraît pas déplacée, une ligne d'union obliquement dirigée en bas et en avant : elle est sinueuse et arrive jusqu'à la surface de la tumeur, dont les deux moitiés sont mobiles l'une sur l'autre. Les surfaces ainsi en contact ne sont pas recouvertes de cartilage. Cette cavité articulaire très serrée est fermée par une sorte de capsule, confondue avec le périoste extrêmement épaissi qui recouvre toute la néo-formation. Quant à la tête fémorale, elle est entourée de toutes parts par des capsules et sa synoviale confondues, si bien que l'articulation de la tête ne paraît pas communiquer avec la nouvelle.

Sur la même coupe, on peut facilement étudier le point d'origine exacte des productions osseuses. Ainsi, on constate facilement que la portion iliaque part du diploë ; la table interne est écartée de la table externe restée immobile. — La portion fémorale, au contraire, paraît manifestement d'origine périostique. D'abord on peut voir que, si cette portion est développée surtout au-devant du fémur, il faut ajouter que le fémur est en réalité entouré complètement par le tissu osseux nouveau, mais, qu'en arrière, ce tissu nouveau n'a que 1 cent. à 1 cent. 1/2 d'épaisseur. Sur la coupe, le fémur, avec ses deux lames de tissu compact, se dessine tout à fait en arrière de la production nouvelle qui est presque toute développée au-devant de lui,

Structure. A l'œil nu, la portion iliaque est constituée en grande partie par du tissu spongieux, avec quelques points du tissu compact irrégulièrement distribués, mais plus nombreux au voisinage de la néarthrose.

C'est aussi du tissu spongieux qui constitue la portion fémorale ; mais la masse spongieuse est coupée de distance en distance par des bandes de tissu compact disposées parallèlement au périoste. Ce tissu compact, qui se présente sur la coupe sous forme de bandes, forme en réalité des enveloppes compactes concentriques au périoste. Ce détail justifie

encore l'origine que nous attribuons à la production fémorale. Le petit trochanter, indépendant de la tumeur, est augmenté de volume. Le périoste qui entoure toute la production est considérablement épaissi : il est confondu avec les capsules articulaires.

A la partie la plus saillante de la tumeur iliaque, nous avons à signaler une aiguille osseuse de 9 cent. de long, contenue dans les tissus fibreux péri-osseux, et articulée avec la production nouvelle par une arthrodie incomplète et très serrée. Une autre aiguille osseuse est implantée à la partie inférieure de la portion fémorale. Toute la surface osseuse nouvelle est creusée de nombreux orifices vasculaires. — Ces deux masses uniformes, d'origines différentes, réunies entre elles par une sorte d'articulation, et formant un pont au-devant de l'articulation coxo-fémorale, ne nous paraissent pas pouvoir être considérées comme autre chose que deux exostoses, l'une périostale, l'autre diploïque, et d'un volume rare. Cette disposition symétrique et ce rudiment d'articulation sont aussi exceptionnels. Aussi aurait-on pu penser un instant à attribuer à l'arthrite sèche ces productions insolites. Mais la régularité de forme, l'intégrité relative de l'articulation de la hanche nous paraissent absolument opposées à cette conclusion. Deux particularités que nous rappelons nous confirment absolument dans notre opinion : la conservation de la capsule tout autour de la tête fémorale, et surtout le développement manifeste de l'exostose iliaque aux dépens du diploë, par écartement de la table *interne* de l'os ; la table *externe* étant absolument intacte et la forme même de la fosse iliaque externe conservée, il n'est guère possible, croyons-nous, de soutenir que l'articulation soit le point de départ de la production morbide.

Quant à l'étiologie de cette affection, nous l'ignorons : aussi rangerions-nous ces productions osseuses dans la classe des exostoses autogéniques, dont l'étiologie est justement un des desiderata de la pathologie des os.

M. HOUËL rapproche cette tumeur des productions de l'arthrite sèche, bien que les surfaces articulaires paraissent intactes.

16. Gangrène momifiante du pied gauche survenue dans la convalescence d'une pneumonie; athérome de l'aorte; embolie de la fémorale; infarctus du rein gauche; albuminurie ; par M. LUC, interne des hôpitaux.

Cette femme ne présente rien de particulier à noter dans

ses antécédents, Elle n'a jamais été sujette aux engelures, elle n'a pas de varices et ne présente pas de lésion nerveuse pouvant la prédisposer aux troubles trophiques.

Le 18 février elle entre chez M. Luys pour une pneumonie droite. Depuis longtemps, elle présentait les signes d'un catarrhe chronique des bronches. Pendant la convalescence de sa pneumonie, qui avait été des plus graves et avait mis ses jours en danger, elle commence à éprouver des douleurs dans les orteils du pied gauche ; en même temps, quelques plaques violacées apparaissent sur les orteils et sur la face dorsale du pied, et comme le membre se refroidit simultanément, on transporte la malade dans le service de M. TERRIER.

3 mars. Femme petite et maigre, teint pâle, presque cachectique. La physionomie est empreinte d'une expression de souffrance presque continuelle, et la malade laisse sans cesse échapper des plaintes.

Signes marqués d'embarras de la circulation dans les deux membres inférieurs. Les veines superficielles sont dilatées jusque dans leurs plus fines ramifications ; mais à part ces troubles, le membre droit est sain. Du côté gauche, les quelques taches violacées qui, hier, se montraient disséminées à la surface dorsale du pied, se sont fusionnées en une teinte continue, variant entre le violet foncé et le brun, et englobant d'une manière non interrompue les deux tiers antérieurs du pied. Dans la région du tiers postérieur, ainsi qu'au niveau du cou-de-pied et du tiers inférieur de la jambe, il existe encore des îlots de peau de coloration normale. Toutes ces parties sont absolument froides et complètement insensibles. Les battements de l'artère pédieuse sont imperceptibles, aussi bien à droite qu'à gauche. Elancements extrêmement pénibles avec sensation de cuisson dans les orteils et la partie inférieure de la jambe. En raison de ces douleurs, la malade ne peut imprimer à son membre que de très minimes mouvements, et les mouvements provoqués sont des plus douloureux.

La chaleur et l'acide nitrique donnent lieu à la formation d'un nuage d'albumine dans les urines. Langue couverte de muguet, inappétence, pas de diarrhée. Râles nombreux de bronchite dans les deux poumons, surtout à droite où la respiration encore soufflante dénote un reste d'hépatisation. Les battements du cœur ne sont pas absolument réguliers. On perçoit par intervalle des inégalités et des faux pas ; mais pas de bruit de souffle. Les artères des membres n'offrent pas au doigt la rigidité caractéristique de l'athérome. Pas d'arc sénile de la cornée.

Toutes les extrémités sont froides (oreilles, nez, mains), et la circulation paraît s'y faire d'une façon défectueuse.

Les facultés intellectuelles ne sont aucunement compromises.

10 mars. Les orteils commencent à présenter un changement de coloration. On observe une zone noirâtre occupant le tiers antérieur du derme sous-unguéal et s'étendant inférieurement sur la pulpe de toute la première phalange, une plaque d'une coloration semblable se montre au niveau du talon. Ces parties noires sont ridées, sèches et comme raccornies. En outre, à la base de ces zones noirâtres, se montre une coloration rouge-saumon vif s'étendant sur la partie postérieure de la face dorsale des orteils.

Enfin, en arrière de cette seconde zone, s'en présente une troisième conservant la teinte violet-livide du début. Persistance sans interruption des douleurs lancinantes. Inappétence.

Depuis l'entrée de la malade, la température axillaire a oscillé entre 37° et 38°.

15 mars. Amélioration dans l'état général. En même temps, des phénomènes de réaction inflammatoire semblent avoir tendance à se produire sur le membre malade. Tandis que les parties noirâtres restent froides et se raccornissent de plus en plus, la température s'élève sur la zone de teinte saumon, en restant toutefois inférieure à la température prise symétriquement sur le membre sain. Léger retour de l'appétit.

20 mars. A huit heures du matin, la malade est prise d'un grand frisson avec claquement des dents qui se prolonge pendant trois quarts d'heure. Un thermomètre placé dans le vagin pendant ce frisson marque 41°. L'auscultation des poumons ne révèle encore rien d'anormal.

21 mars. Râle crépitant inspiratoire à la base du poumon droit.

22 mars. Souffle à la place du râle. L'état général décline sensiblement.

L'état du membre est le suivant :

Orteils noirs et absolument raccornis. Les parties sus-jacentes qui, les jours précédents, semblaient se réchauffer, tendent de nouveau à se refroidir.

Au talon, une phlyctène qui s'est spontanément ouverte, livre passage à une sérosité roussâtre et fétide.

25 mars. Tiers inférieur du membre complètement refroidi et recouvert d'un dépôt de vapeur condensé en gouttelettes. Malade très abattue, mais ne cessant de proférer des plaintes. Langue sèche. Ne répond plus aux questions po-

sées. Souffle mêlé de râles fins et humides dans le poumon droit. Depuis le 22, la température est descendue aux environs de 38°.

Mort à 9 heures du soir.

AUTOPSIE le 27 mars. — *Appareil respiratoire.* Congestion avec hépatisation incomplète de la base du poumon droit. — Adhérences disséminées au pourtour de cet organe.

Appareil circulatoire. Pas d'hypertrophie du cœur. — Quelques incrustations calcaires sur la valvule mitrale, — Les autres valvules paraissent saines.

Caillot couleur sucre d'orge occupant la cavité du cœur droit, se prolongeant dans l'artère pulmonaire et pouvant avoir causé la mort.

Quant à l'aorte, les lésions athéromateuses, peu développées sur la crosse, deviennent très considérables dans sa portion descendante. Nombreuses plaques calcaires, les unes hérissant la surface de l'endartère, les autres recouvrant des dépôts athéromateux semblables au contenu de kystes sébacés. Un long caillot jaune, mais mou, vraisemblablement formé après la mort, se présente au centre du vaisseau. Les lésions athéromateuses se poursuivent dans les artères iliaques et fémorales, mais d'une façon progressivement atténuée; en sorte que les artères de la jambe et du pied sont relativement saines.

Dans l'artère fémorale, tout à son origine, nous trouvons un caillot ancien, gris, dur, feuilleté, adhérent aux parois du vaisseau dont il oblitère littéralement la lumière.

A la partie supérieure du rein gauche, se montre un infarctus conique, à base corticale et à la période de régression graisseuse.

Le cerveau n'offre pas trace de ramollissement, et l'état de ses artères ne présente rien de particulier.

RÉFLEXIONS. — Cette observation met bien en évidence l'identité pathogénique de la gangrène momifiante des membres et de l'infarctus viscéral.

Ce dernier accident ne pouvait être reconnu pendant la vie, la malade n'ayant présenté ni douleur dans la région rénale, ni hématurie. L'albuminurie a été le seul symptôme provoqué par la lésion rénale, mais il pouvait être attribué à d'autres influences.

Les lésions athéromateuses très avancées de l'aorte requièrent compte de la gêne circulatoire notée même sur le membre droit. Quelque avancées, toutefois, que fussent

ces lésions, elles ont été insuffisantes pour produire par elles-mêmes la gangrène et c'est à l'influence d'une pneumonie intercurrente que doit être rapporté le développement des accidents qui ont emporté la malade.

17. Anévrysme valvulaire aortique ; par L. GALLIARD,
interne des hôpitaux.

Antoine Dubois, 42 ans, terrassier, entre le 4 mars 1880 dans le service de M. HAYEM, à l'hôpital St-Antoine, salle St-Louis, n° 24.

Dans sa jeunesse, il n'a pas eu de maladie grave, jamais de rhumatisme articulaire aigu. En 1871, il a été atteint de bronchite, et depuis ce moment la même affection s'est reproduite à plusieurs reprises. Depuis 3 ans, il a eu fréquemment, avec la dyspnée, des accès de suffocation, mais sans interrompre jamais son rude labeur de terrassier, et sans prendre aucun médicament. Il y a trois mois, il s'est contusionné fortement la cuisse, ce qui a nécessité son séjour d'un mois à l'hôpital St-Antoine. Depuis ce temps, il a repris son travail et c'est seulement depuis huit jours que les phénomènes cardiaques se sont manifestés avec intensité : dyspnée, palpitations, œdème de la face et des membres inférieurs. Jusqu'à la veille de son entrée, il a continué à manier la pioche.

Le jour de son entrée, nous constatons un anasarque très marqué ; œdème de la face avec gonflement des paupières, œdème des parois thoraciques et abdominales, œdème des membres inférieurs. En même temps, il y a une dyspnée intense, de l'anxiété ; le malade est assis sur son lit et le décubitus dorsal augmente ses souffrances. Le pouls est à 112, un peu bondissant.

L'examen du thorax donne les résultats suivants : la forme de la poitrine est celle des emphysémateux et il existe en effet, des deux côtés, des signes de bronchite et d'emphysème pulmonaire.

Le cœur bat avec force, les battements se propagent à la région épigastrique et au foie. La matité précordiale est un peu augmentée. Au bord droit du sternum, au niveau de la troisième côte, on entend un souffle rude commençant avec le premier bruit et couvrant en partie le second. Ce souffle se propage en bas le long du sternum ; on l'entend également à la région dorsale, quand la respiration n'est pas trop bruyante. Le foie paraît volumineux, il déborde les côtes de trois travers de doigt. L'urine ne contient pas d'albumine. Diagnostic : *rétrécissement aortique*.

6 mars. Sous l'influence du repos au lit et sans traitement l'état s'est déjà amélioré, l'anasarque diminuée. Le poulx a les mêmes caractères. P. 112.

7 mars. Le patient commence à se lever. P. 124. Il urine fort peu. M. Hayem lui prescrit de la digitale (10 centigr. de poudre de feuilles en 2 pilules).

8 mars. Le poulx est moins rapide. P. 96. L'urine est toujours peu abondante et l'anasarque a repris son intensité primitive. Il y a même de l'œdème des bourses qui n'existait pas au début. Poudre de feuilles de digitale, 15 centigr. en 3 pilules.

9 mars. Le poulx est plus fort, toujours un peu bondissant. P. 108. Même traitement. Le soir, P. 112. Le malade est très abattu; il se lève cependant pour aller aux cabinets. Nous lui conseillons de garder complètement le lit. La dyspnée est assez marquée.

10 mars. Le malade ne présente aucun phénomène nouveau; au dire des personnes qui l'entourent, il se lève durant la visite pendant une heure, puis se remet au lit et dort. Au moment où nous arrivons à lui, nous constatons qu'il est mort subitement pendant son sommeil.

AUTOPSIE. — Rien à noter dans la cavité crânienne. Les reins sont congestionnés. La rate a son volume normal. Le foie est volumineux, avec les caractères du foie muscade. Les deux poumons présentent un emphysème très marqué des lobes supérieurs, avec congestion des deux bases. Le cœur est volumineux; il pèse 680 gr. L'hypertrophie porte sur le ventricule gauche, qui a 2 centimètres d'épaisseur. Le ventricule droit n'a que son épaisseur normale. La portion ascendante de la crosse de l'aorte présente une dilatation notable. L'orifice aortique livre passage à un caillot fibrineux qui remplit en partie sa lumière. Cet orifice rétréci est en même temps insuffisant; les liquides qu'on verse dans l'aorte passent dans le ventricule.

Après la section du ventricule gauche, on constate que les valvules sigmoïdes sont le siège de lésions anciennes. La valvule du côté gauche est considérablement épaissie, indurée, on y trouve d'épais noyaux athéromateux; mais elle a conservé ses insertions et sa forme. Les deux autres valvules, au contraire, sont soudées l'une à l'autre et continuées par leur bord commun, c'est-à-dire qu'elles forment à elles deux un nid de pigeon unique. La valvule droite et postérieure est simplement athéromateuse, sans végétation, sans perforation. C'est la valvule droite et antérieure qui présente la plus intéressante altération: Au niveau de sa face supérieure, se trouve un orifice de la grosseur d'un

pois, à bords déchiquetés, donnant accès dans une poche anévrysmale creusée dans l'épaisseur de la valve elle-même, et s'étendant également jusque dans la paroi musculaire du ventricule. L'anévrysme a un autre orifice du côté du ventricule. Sa forme est irrégulière; outre la petite cavité pratiquée entre les deux lames de la valvule, et tapissée de plaques athéromateuses, on trouve un diverticule créé par dissection du muscle cardiaque. Au niveau du bord libre de la valvule malade, existe un autre diverticule plus petit qui logerait un pois, dont les parois sont constituées seulement par de la fibrine et que remplit une petite quantité de sang noir encore liquide. La même valvule semi-lunaire présente, du côté de l'aorte, tout près de l'orifice anévrysmal, une petite dépression qui aurait pu devenir dans la suite l'origine d'une production analogue à la première. La valvule mitrale est saine, de même que les valvules du cœur droit.

L'anévrysme que nous venons de décrire a pris naissance, suivant la loi commune, du côté de la valvule où s'exerce la pression sanguine; l'orifice inférieur ou ventriculaire de la poche ne s'est produit que secondairement.

18. M. GALLIARD présente en outre les *organes génitaux internes* d'une cataleptique, la trompe gauche est remplie de sang liquide. Cette lésion explique les douleurs vives provoquées par la compression ovarique.

19. Phlegmatia alba dolens développée au début de la convalescence d'une fièvre typhoïde. Caillot remontant jusque dans l'oreillette droite, mort par syncope; par BOUTLEY, interne des hôpitaux.

La nommée Frémy, âgée de quinze ans, est entrée le 22 février 1880, à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Sainte-Marguerite, lit n° 22, dans le service de M. TRIBOULET.

Antécédents. Née à Paris. Les parents, d'un âge un peu avancé, ont six enfants vivants sur huit. Elevée au sein de la mère, jusqu'à dix mois. Sevrage facile. Un peu malade dans sa première enfance. A eu la rougeole et est sujette à la gourme. A quatre ans, elle a eu un premier accès d'asthme survenu pendant la nuit, et depuis ce moment, en a de temps à autre. Elle s'est déjà fait soigner à l'hôpital pour cette affection, qui existe d'ailleurs chez son père. Malade depuis cinq semaines environ. Au début, elle s'est sentie abattue, et a éprouvé des crampes et des douleurs dans les jambes. A eu des accès de fièvre, principalement pendant la nuit, mais n'a pas gardé le lit. Depuis une semaine, diar-

rhée sept à huit fois par jour, composée de matières noires, à odeur forte.

État à son entrée, le 22 février. Teint mat. Facies légèrement prostré. Langue chargée d'un enduit saburral. Bouche amère; soif vive. Quelques nausées et vomissements bilieux spontanés. Ventre un peu ballonné, surtout au niveau de la région ombilicale, qui est développée, relativement aux flancs qui sont déprimés. La pression en est douloureuse, surtout au flanc droit. Gargouillement dans la fosse iliaque droite. La rate et le foie sont saillies sous les fausses côtes. Urines fortement colorées, avec beaucoup de sédiment, mais ne contenant pas d'albumine.

L'examen de la poitrine révèle tous les signes de l'emphyseme : Conformation particulière du thorax, diminution des vibrations vocales, sonorité exagérée, expiration sifflante et prolongée, surtout aux sommets. Au cœur, un léger bruit de souffle au premier temps et à la pointe. Pouls large, bien développé. La région lombaire est douloureuse à la pression. Température axillaire, soir, 40°,6. Traitement : Limonade vineuse. Emétique, 0,03 cent. Cataplasmes laudanisés sur le ventre.

23 février. L'émétique, pris ce matin, a produit des vomissements verdâtres abondants. Quelques sibilances dans la poitrine. T. Matin, 39°,8; soir, 40°. Traitement : Julep avec acétate d'ammoniaque 2 gram., ablutions tièdes vinaigrées.

24 février. Apparition sur l'abdomen de quelques taches rosées. Tympanisme assez prononcé. 4 selles en diarrhée. Traitement : Julep avec oxymel scillitique 20 gram. Lavement émollient. T. M. 39°; soir, 40°,4.

25 février. Même état. T. M. 39°,4; soir, 40°,2.

26 février. Ventre toujours ballonné. Facies typhique. 5 selles diarrhéiques. Pas de délire, mais plaintes pendant le sommeil. Traitement : Emétique. T. M. 37°,5; soir, 40°.

27 février. Même état. T. M. 39°; S., 40°,4.

28 février. Toujours selles diarrhéiques. Pouls bondissant, tendant à devenir dicrote. T. M. 38°,8; S., 40°,2.

29 février. Même état. T. M. 38°,6; S., 39°,4.

1^{er} mars. Beaucoup de râles ronflants et sibilants dans la poitrine. Insomnie, mais pas de délire. T. M. 39°,2; S., 39°,4.

2 mars. T. M. 39°,6; S. 40°.

3 mars. T. M. 39°; S., 40°.

4 mars. Ce matin, sous l'influence d'un émétique, vomissements porracés. Hier, 3 selles diarrhéiques. Toujours ronchus dans la poitrine. T. M. 38°,4; S., 40°.

5 mars. T. M. 39°; S., 39°,6.

6 mars. Attitude et facies moins prostrés, mais toujours selles diarrhéiques. T. M. 39°; soir, 40°,4.

7 mars. La malade commence à reprendre appétit. Beaucoup moins de râles dans la poitrine.

A partir de ce jour, le mieux s'accroît. La température baisse régulièrement, de façon à tomber à 37° le 14 mars. L'appétit est complètement revenu. La malade entre franchement en convalescence.

Accidents de la thrombose. Le 15 mars, au matin, c'est-à-dire au début même de la convalescence, elle se plaint d'une douleur très vive, à droite, descendant de l'hypochondre et s'irradiant vers la crête iliaque. A la moindre pression de l'abdomen sur ce trajet, la malade pousse des cris. Les douleurs existent également à gauche, mais sont moins vives.

A la visite du soir, tout le membre inférieur gauche est enflé. L'enflure s'arrête exactement au pli de l'aîne. Le membre est dans l'extension complète, et repose sur le lit par sa partie externe. La malade est également couchée sur le côté gauche. L'enflure est très prononcée. Le membre est de moitié plus gros que celui du côté opposé. Sa coloration n'a pas sensiblement changé; les veines superficielles ne paraissent pas dilatées. Au toucher, la peau est chaude, paraît même plus chaude que celle du membre inférieur droit; mais nous regrettons de ne pas avoir pris la température locale. La pression est si douloureuse, surtout au niveau de la cuisse et du mollet, que nous sommes obligés de nous contenter d'un examen incomplet, et que nous ne pouvons sentir de cordon veineux. Cependant, au niveau du pied et de l'articulation tibio-tarsienne, pas de douleurs bien marquées. T. M. 38°,4; S., 39°,4.

16 mars. Même état. T. M. 38°,4; S., 39°,8.

17 mars. Même état. T. M. 38°,2; S., 39°,8.

18 mars. Même état. T. M. 39°; S., 39°,8. Malgré cela, la malade continue à manger avec appétit. Traitement: Sulfate de quinine, 0,30 cent.

19 mars. Même état. Sent cependant un peu de malaise, comme de l'étouffement, et plusieurs fois dans la journée fait ouvrir la fenêtre. T. M. 39°,2; S., 39°.

20 mars. Au matin, la malade se plaint à l'infirmière de la salle, d'un malaise. Elle porte sa main au creux de l'estomac, et sent là, dit-elle, quelque chose qui lui remonte et qui l'étouffe. Cependant, à la visite, elle n'accuse aucune douleur, et on la trouve à peu près dans le même état que les jours précédents. Elle mange même avec appétit, malgré sa haute température 40°. Vers onze heures, tout à.

coup, elle se trouve mal, elle s'assied sur son lit, appelle l'infirmière, en lui disant : « J'étouffe ! j'étouffe ! » fait quelques inspirations profondes, et retombe morte.

AUTOPSIE, pratiquée 48 heures après la mort. — Les *poumons* sont très volumineux et emphysémateux. A leur surface, les côtes sont dessinées très nettement : on y voit beaucoup de granulations de matière colorante noire. Ils sont partout insufflables, sauf au niveau du bord inférieur du poumon droit. Il existe à ce point un petit noyau de splénisation.

Les ramifications bronchiques sont très dilatées et on peut les suivre très loin. Aucune trace de tubercules. Les ganglions bronchiques sont très violacés, un peu augmentés de volume, mais nullement caséux. — Le *foie* est très volumineux, surtout le lobe droit, et allongé dans le sens vertical. A la coupe, il offre une teinte rouge, tendant à devenir jaunâtre. — La *rate* est volumineuse, presque doublée de volume. Son tissu est très friable.

Les *reins* sont assez volumineux, congestionnés. La substance corticale, surtout, offre une coloration violacée, comme apoplectique.

Intestins. Dans la dernière portion de l'intestin grêle, on voit un grand nombre de plaques de Peyer, considérablement tuméfiées, gaufrées, recouvertes d'une pulpe grisâtre, molle, qui se détache facilement. Cette matière pulpeuse enlevée, la plaque de Peyer présente un bel aspect rosé. Les *follicules clos* font saillie sous la muqueuse, ils sont disséminés dans tout l'intestin grêle et le gros intestin. Ils sont surtout très nombreux dans la dernière portion du gros intestin, qui en est comme criblée ; ils mesurent à ce niveau le volume d'un petit pois, et sont ombiliqués à leur centre.

Les *ganglions mésentériques* sont volumineux, et quelques-uns présentent à leur centre un point caséux.

Thrombose. La veine iliaque externe, dans tout son parcours, forme un cordon plein, dur, de coloration bleuâtre, et paraît le siège primitif du thrombus. En ouvrant cette veine, en effet, on tombe sur un caillot blanchâtre, adhérent légèrement aux parois. Ce caillot occupe toute la cavité du vaisseau, et, par conséquent, mesure à peu près la grosseur d'un crayon ordinaire. Il se termine, en bas, exactement au niveau de l'arcade crurale et est régulièrement arrondi. En haut, il se continue à peu près avec le même volume, jusqu'au milieu de la veine iliaque primitive, mais devient légèrement aplati, puis, arrivé à ce point, il se rétrécit assez brusquement, et se termine par un long filamenteux fibrineux blanchâtre, qui n'excède pas le volume d'une

allumette. Ce cordon filamenteux remonte dans la veine cave inférieure. A 6 ou 7 centimètres de l'oreillette droite, il commence à devenir un peu plus volumineux, et cela progressivement : il prend ainsi en haut, une forme de cône très allongé et se termine dans l'oreillette droite du cœur par une tête aplatie, entourée d'un petit caillot cruorique noirâtre. Il n'envoie aucun prolongement dans l'artère pulmonaire. Le thrombus ainsi étendu de l'origine de la veine iliaque interne à l'oreillette droite du cœur, ne mesure pas moins de 32 centimètres de longueur. Au-dessous, la veine fémorale est remplie d'un caillot cruorique noirâtre, demi-mou. Cette matière cruorique occupe également la veine poplitée et les veines de la jambe jusqu'à la plante du pied. Les veines circonflexe iliaque et iliaque interne, venant aboutir au thrombus, présentent aussi un caillot cruorique de même nature. La veine cave inférieure, et ses veines tributaires, les veines rénales, où la circulation en retour n'était point gênée, ont leurs parois presque affaissées et ne contiennent qu'un peu de sang liquide.

Au niveau de la veine iliaque externe, c'est-à-dire de son point de formation, le thrombus est composé, à la périphérie, d'une couche fibrineuse blanchâtre, assez dure, englobant un caillot cruorique noirâtre, formant comme une espèce de cylindre central. Le long filament qui lui fait suite, et qui s'étend de la veine iliaque primitive jusqu'à l'oreillette droite, est complètement fibrineux et d'une consistance plus molle.

La veine iliaque externe ouverte, présente une coloration bleuâtre prononcée, qui s'arrête nettement en bas, à l'arcade crurale, comme le thrombus, et remonte en haut jusqu'au milieu de la veine iliaque primitive. La veine cave inférieure et la veine fémorale ont une teinte beaucoup moins foncée et par conséquent normale. Mais, par l'immersion des pièces dans l'eau alcoolisée, cette différence de coloration a presque complètement disparu. Le tissu cellulaire qui entoure la veine iliaque externe est induré, et contient un ou deux ganglions lymphatiques hypertrophiés.

OBSERVATIONS. — Le caillot paraît s'être formé en deux temps. Dans un premier temps, formation au niveau de la veine iliaque externe du caillot volumineux, que nous avons décrit, et qu'on pourrait appeler primitif. Dans un deuxième temps, sous l'influence de la gêne, du ralentissement de la circulation en retour, et de l'état inopéctique du sang, formation du caillot filamenteux, fibrineux et mou, greffé pour ainsi dire sur le premier, et qui, en remontant

progressivement dans la veine cave, a gagné l'oreillette droite du cœur et a finalement déterminé la mort par syncope. Signalons aussi, en terminant, la haute élévation de la température, qui ne semble pas un fait habituel dans le cours de la phlegmatia alba dolens.

Séance du 16 avril 1880.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

20. Lipome de la langue; par Oct. GUELLIOT, interne des hôpitaux.

Nous venons d'avoir l'occasion d'observer, dans le service de notre maître, M. le professeur GOSSELIN, un cas de tumeur rare de la langue.

L'individu qui fait le sujet de cette observation, Bruneau, zingueur, âgé de 48 ans, est entré à la Charité le 13 février 1880. Il a eu une attaque de rhumatisme en 1859, une pleurésie en 1863, et il sort d'un service de Beaujon, où il était entré en octobre 1879 pour une hémiplegie, aujourd'hui incomplètement guérie. Le membre inférieur a recouvré à peu près sa force normale, mais le bras gauche est très atrophié; les doigts et la main sont dans la demi-flexion, ainsi que l'avant-bras, et les mouvements spontanés sont très limités.

Bruneau est, en outre, porteur de deux lésions chirurgicales : à la jambe droite un ulcère variqueux, de la largeur d'une pièce de 5 francs, qui en est à sa 10^e ou 12^e récédive, et, sur la langue, une tumeur sur laquelle il peut nous donner quelques renseignements utiles.

C'est à l'âge de 23 ans qu'il s'est aperçu de la présence, à droite de la pointe de la langue et à l'union du bord et de la face supérieure, d'une sorte de petit bouton qui s'est accru insensiblement, sans causer aucune gêne. Cependant, depuis deux ans, la tumeur, ayant acquis un certain volume, trouble un peu la phonation, surtout, raconte le malade, quand il est enrhumé du cerveau et ne peut, par conséquent, que respirer difficilement par le nez. Complètement indolore, elle n'a jamais empêché en quoi que ce soit la mastication, la déglutition ni la respiration.

Il est facile de voir pourquoi elle est si peu gênante. Quand la langue rentre dans la bouche, elle se replie en s'infléchissant en arrière, et se loge entre la face supérieure de la langue et la voûte palatine, sans risquer d'être rencontrée par les arcades alvéolaires ; puis, quand on fait tirer la langue, on la voit sortir de la bouche et se relever brusquement comme si elle était montée sur une tige élastique.

Grosse comme une noix, au moins, largement pédiculée, elle siège, comme nous l'avons déjà dit, à la partie antérieure droite du bord de la langue, à deux centimètres en dehors du sillon médian, mais en empiétant sur la face supérieure de l'organe. Elle est assez bien limitée à sa partie profonde, ne paraît envoyer aucun prolongement entre les muscles, et est évidemment située sous la muqueuse qu'elle soulève. Très légèrement lobulée, sa surface est d'un rose pâle avec teinte jaunâtre par places, et, en quelques points, des amas d'épithélium lui donnent une couleur blanche. La muqueuse qui la recouvre est lisse, sans traces de papilles et paraît très amincie. En haut il y a une légère exulcération. Si on la palpe, on reconnaît qu'elle est très molle, très fluctuante, et cette fluctuation a ceci de particulier qu'elle est très facile à sentir ; on n'a pas besoin de la chercher, on la perçoit au moindre contact ; on cherche la transparence ; mais elle paraît manquer. Il était intéressant de voir ce qu'était devenue la sensibilité de la muqueuse à ce niveau ; nous avons pu constater qu'il y avait perte de la sensibilité du contact et de la douleur, et que la sensibilité spéciale elle-même était abolie ; le malade n'avait pas la perception de la saveur des corps appliqués en ce point. Ajoutons que, de ce côté, les dents sont très mauvaises, en partie détruites par la carie, et cette altération serait antérieure au développement de la tumeur.

En présence de tels symptômes, à quel diagnostic fallait-il s'arrêter ? Il était évident, tout d'abord, qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne et, ce qui venait naturellement à l'esprit, était l'idée d'un *kyste*, la mollesse toute spéciale de la tumeur, l'absence de transparence faisant penser à un kyste à parois épaisses. En faveur du *lipome*, il y avait le siège, (face supérieure), l'opacité, la consistance molle, les reflets jaunâtres de la muqueuse ; il est vrai que l'on n'avait pas cette sensation de lobules, fréquente sous la tumeur adipeuse, et que la fluctuation semblait très nette. Et puis, c'est une affection tellement rare dans cette région qu'elle est effacée, pour ainsi dire, par cette autre, beaucoup plus fréquente, le kyste :

Persuadé cependant que nous étions en présence d'une tumeur graisseuse, nous essayâmes d'un moyen de diagnostic indiqué par quelques auteurs. Nous appliquâmes de la glace sur la tumeur, pensant que, si elle était de nature graisseuse, le froid amènerait une demi-congélation de son tissu; mais c'est à peine si la consistance fut un peu augmentée, et seulement dans les parties périphériques;

En tout cas, l'indication était facile à remplir; il fallait débarrasser le malade d'un néoplasme qui commençait à le gêner et qui ne pouvait que s'accroître par la suite. Mais l'opération fut retardée par une complication étrangère à la tumeur.

Le 15, Bruneau fut pris d'un érysipèle de la face, bénin, n'occupant que la moitié gauche (côté paralysé), sans grand frisson ni vomissements, avec une température oscillant autour de 37°; mais, deux jours après, il se déclara une fièvre intense ($P = 120$; $T = 40^{\circ},8$) et, le 17, on s'aperçut qu'autour de l'ulcère de la jambe s'était développé un érysipèle assez étendu qui évolua, tandis que le premier disparaissait.

Notre malade étant guéri complètement de ses deux érysipèles, on procède le 25 février à l'ablation de la tumeur. Le pédicule est traversé par un double fil élastique, de façon à l'enserrer dans une triple ligature, la langue étant maintenue par un fil passé dans son épaisseur; puis, avec des ciseaux, M. Gosselin excise immédiatement au-dessus de la ligature: dès lors il est évident qu'on a affaire à un lipome.

La ligature tombe le 3 mars, la cicatrisation se fait lentement, parce qu'il reste une petite partie de tissu adipeux dans la plaie; on cautérise plusieurs fois au nitrate d'argent. Le malade part pour Vincennes le 23 mars; il reste une petite plaie superficielle, d'une largeur de quelques millimètres. — La cicatrisation était complète, quand Bruneau vint nous revoir à sa sortie de l'asile de Vincennes, quinze jours après.

La tumeur enlevée a de 3,5 à 4 centimètres de diamètre. Elle est formée d'une masse jaune-paille, lobulée, molle, avec quelques rares vaisseaux extrêmement fins. La muqueuse qui la recouvre est très amincie, de quelques dixièmes de millimètres d'épaisseur. Quand on l'a séparée de la masse graisseuse sous-jacente, on voit qu'elle est transparente par places; cette séparation se fait du reste avec la plus grande facilité, et on ne rompt que quelques adhérences celluluses lâches. On eût pu, par conséquent, énucléer la tumeur; mais, après ablation, il serait resté une sorte de

sac formé par la muqueuse amincie, ayant perdu une partie de sa vitalité et qu'on aurait été obligé probablement d'exciser en partie.

L'examen microscopique n'a fait que confirmer les données fournies par l'examen à l'œil nu : la masse de la tumeur est constituée par de grosses cellules adipeuses, pressées les unes contre les autres et formant des lobules qui ne sont séparés que par des travées conjonctives extrêmement minces ; c'est à peine si, dans ces cloisons, on aperçoit un ou deux vaisseaux très tenus. La muqueuse présente sa structure normale ; mais les papilles manquent complètement dans les points où elle était le plus distendue ; près de la base de la tumeur, on les voit réapparaître, mais très petites, rudimentaires. De fins vaisseaux forment un réseau à larges mailles ; à la partie profonde, adhèrent quelques fibres musculaires striées, dissociées par le tissu adipeux.

RÉFLEXIONS. — Sans insister sur les points intéressants de cette observation, et en particulier sur la difficulté du diagnostic, nous nous contenterons de signaler l'extrême rareté des lipomes linguaux. Malgré des recherches assez étendues, nous n'avons pu, laissant de côté les grenouillettes graisseuses qui appartiennent plutôt au plancher de la bouche, recueillir que onze observations de ce genre de tumeur. Encore, dans deux cas, s'agit-il de tumeurs extrêmement complexes, d'origine embryonnaire, qu'il est impossible de comparer aux autres, malgré le titre sous lequel, elles ont été publiées par Lambl et par Arnold. Outre notre cas, il en reste donc huit, plus ou moins bien observés, appartenant à A. Cooper, Bastien, Follin, Laroyenne, Bouisson, Iversen, Masson et Mollière.

21. Epithélioma du pharynx et des ganglions cervicaux ; compression de la trachée. Laryngotomie inter-cricothyroïdienne ; fracture du cartilage cricoïde ; par OCT. GUELLIOT, interne des hôpitaux.

Le 3 avril 1880, entre dans le service de M. le professeur GOSSELIN un employé de chemin de fer, âgé de 57 ans, arrivé de la veille à Paris. Il est atteint d'une dyspnée extrêmement intense et, quoique la voix soit conservée, il est difficile d'avoir beaucoup de renseignements sur la maladie pour laquelle il est venu se faire traiter.

De chaque côté du cou existe une grosse tumeur, dont

le début remonterait à six mois ; à ce moment, le malade s'est aperçu de la présence au cou d'une grosseur indolente, dont le développement a été rapide. La respiration est devenue pénible, puis extrêmement gênée et, depuis quatre ou cinq jours, le décubitus dorsal est impossible. N... a passé ses dernières nuits debout ou assis dans un fauteuil. Il nous dit aussi que, depuis quelque temps, il a de la peine à avaler et que, depuis une semaine surtout, il ne s'est nourri que d'aliments liquides.

À droite et à gauche du cou, deux grosses tumeurs, la gauche un peu plus volumineuse que la droite, occupent toute l'étendue comprise entre le bord inférieur de la mâchoire, en haut, et la clavicule, en bas ; en arrière, il est difficile de les délimiter exactement, à cause de la présence des muscles sous lesquels elles s'enfoncent ; en avant, elles laissent entre elles un sillon au fond duquel on sent difficilement le larynx, un peu dévié à droite. Ces tumeurs sont résistantes, élastiques et paraissent n'avoir de connexions, ni avec le maxillaire inférieur, ni avec la parotide.

La respiration est très difficile ; le malade fait de grands efforts pour faire pénétrer l'air dans sa poitrine, et on entend un souffle laryngo-trachéal que le stéthoscope semble localiser au niveau de la trachée.

Vu l'âge du malade et le développement rapide de la maladie, on ne peut guère penser à une tumeur ganglionnaire simple. C'est donc très probablement un cancer des ganglions de la région. Mais est-il primitif ou secondaire ? On ne trouve pas de lésions bien nettes des parties avoisinantes ; cependant, en portant le doigt profondément dans l'arrière-gorge, on sent, sur la paroi gauche du pharynx, des granulations et des inégalités. S'appuyant sur la rareté du cancer primitif des ganglions et sur l'exemple d'un autre malade sorti récemment du service et qui, avec des tumeurs ganglionnaires analogues, avait un cancer du pharynx profondément situé, M. Gosselin insiste à sa clinique sur la possibilité d'une lésion semblable chez cet homme.

Restait à expliquer la dyspnée : on pouvait penser à une compression des récurrents ; mais la voix n'était pas éteinte et il y avait de la dysphagie. Les symptômes étant beaucoup plus en rapport avec une compression de la trachée, on procède, le 4 avril, à la trachéotomie.

M. Gosselin choisit la *laryngotomie inter-crico-thyroïdienne*, suivant la méthode de Vicq d'Azir, récemment remise en honneur et modifiée par M. Krishaber et sectionne les parties molles avec le cautère Paquelin, en vue d'éviter l'hémorrhagie pendant l'opération, et l'érysipèle pour plus

tard. Le cautère étant maintenu au rouge sombre, on incise lentement, couche par couche; la peau et les tissus sous-jacents ne donnent pas de sang; mais on arrive bientôt sur une masse assez volumineuse, paraissant être du tissu morbide et qui cache le cricoïde; l'incision de cette masse donne une assez grande quantité de sang; on est obligé d'appliquer plusieurs pinces hémostatiques et de faire une ligature; alors seulement on peut nettement sentir le cricoïde qui, avec tout le larynx, avait été dévié à droite. Puis, avec le bistouri, on ouvre la membrane crico-thyroïdienne, et, sans dilateur, on introduit la canule à bec de M. Krishaaber. A cause du siège présumé du rétrécissement de la trachée, on avait dû choisir la canule la plus grande, qui a environ 12 millimètres de diamètre. Elle fut introduite sans grande difficulté; on dut cependant forcer un peu pour la faire pénétrer tout entière.

A la suite de cette opération, le malade éprouve un grand soulagement; il peut se coucher et se livrer à un sommeil qu'il ne connaissait plus depuis plusieurs jours; il y a bien encore un peu de dyspnée, mais beaucoup moins qu'avant l'opération.

Les jours suivants, il rejette par la canule une assez grande quantité de mucosités très épaisses. Le 10, au matin, la respiration est de nouveau très gênée; les deux tumeurs ganglionnaires sont ramollies, plus volumineuses et la peau est rougeâtre. Deux heures après, le malade s'éteint sans qu'il ait eu le temps d'appeler quelqu'un.

AUTOPSIE LE 11. — L'estomac et le péritoine ne présentent rien de particulier.

Le calibre de l'intestin est très réduit, le cœcum ayant à peine le volume d'un intestin grêle normal. Reims normaux un peu friables. Poids : 390 gr. Rate grosse (P. 380 gr.), dure, avec traces de périsplénite. Le Foie est assez volumineux et pèse 2,100 grammes. Les voies biliaires et le lobe gauche sont sains; mais, au niveau de l'extrémité du lobe droit, existe une cavité pouvant loger un œuf et remplie d'un détritüs rougeâtre. Cette poche est très superficielle, séparée du péritoine par une mince couche de tissu hépatique qui se déchire au moment où on enlève le foie. Le diaphragme est adhérent dans une étendue de 5 ou 6 centimètres.

Cette cavité est tapissée, dans une partie de son étendue, par une membrane lisse, tandis que le reste de la paroi est tomenteux, couvert de fines végétations noyées dans un détritüs grisâtre. Autour de cette cavité, on trouve çà et là, dans le tissu hépatique, des noyaux durs, du volume d'une

lentille ou d'un pois, ayant tout à fait l'aspect de nodules cancéreux.

Le cœur est légèrement hypertrophié. L'aorte a quelques plaques d'athérome et contient un long caillot fibrineux.

Les poumons sont crépitants, un peu emphysémateux. Les ramifications bronchiques contiennent d'abondantes mucosités purulentes; leur muqueuse est plus rouge qu'à l'état normal.

Les deux masses ganglionnaires, séparées des parties avoisinantes, ne pèsent pas moins de 480 grammes. Chacune d'elle est limitée : en avant, par le sterno-mastoidien dévié en bas; en arrière, par le faisceau vasculo-nerveux, qu'un prolongement de la tumeur contourne en bas pour arriver jusqu'à la colonne vertébrale; en dedans, par les muscles sous-hyoidiens, le corps thyroïde, le larynx, la trachée et l'œsophage. En bas, la tumeur descend jusqu'à la sous-clavière; en haut, elle va jusqu'à la parotide, sur laquelle elle remonte un peu, mais sans lui adhérer. Il y a une trainée de ganglions le long de la trachée, jusqu'à la bifurcation; les ganglions inter-trachéobronchiques sont plus volumineux qu'à l'état normal. La tumeur gauche est ramollie et laisse échapper du liquide purulent à la coupe; la droite est plus consistante; son tissu, peu dur cependant, est d'un blanc grisâtre; à sa partie inférieure, il y a également un point ramolli.

Le corps thyroïde est un peu hypertrophié (P. 72 gr.); mais son tissu paraît sain à l'œil nu, ce qui a été confirmé par l'examen microscopique; il ne présente pas d'adhérences avec la tumeur.

Le récurrent droit longe la tumeur et paraît intact; le récurrent gauche est soulevé par une partie du néoplasme qui s'est insinué entre lui et la trachée, et le soulève en l'infléchissant, de sorte qu'il se trouve pris entre deux lobes du cancer; cependant, il n'est pas aplati et ne paraît pas avoir été beaucoup comprimé.

Sur la base de la langue et à la partie supérieure gauche du pharynx, on aperçoit des nodules blanchâtres assez durs qui soulèvent la muqueuse; c'est eux que l'on sentait avec le doigt introduit dans la bouche. Mais plus bas, dans l'angle rentrant formé par le thyroïde et l'arythénoïde, on trouve une ulcération de 3 centimètres de hauteur sur 2 de largeur; sa surface est inégale et verdâtre; la muqueuse, à ce niveau, est indurée et adhère aux tissus sous-jacents.

Larynx et trachée. La muqueuse trachéale est injectée dans toute son étendue; elle est ulcérée superficiellement à la partie postéro-latérale gauche, à 3 centimètres au-

dessous du cricoïde. Le cartilage thyroïde est intact; il présente des points d'ossification au niveau de la pomme d'Adam, du bord inférieur et surtout du bord postérieur, y compris les cornes.

La membrane crico-thyroïdienne a été incisée par le bistouri. En avant d'elle, et recouvrant en partie le cricoïde, il existe un prolongement assez volumineux du tissu morbide, ce qui explique suffisamment les quelques difficultés qu'a présentées l'opération et, en particulier, la production d'hémorrhagies, malgré l'emploi du thermo-cautère.

Le cricoïde est fracturé. Un grand fragment postérieur comprend les quatre cinquièmes du cartilage. Il y a de plus trois fragments antérieurs, les deux plus petits ont deux millimètres de largeur et comprennent toute la hauteur du cartilage; une de leurs faces est irrégulière, l'autre, celle par laquelle ils se correspondent, est, au contraire, assez nette. L'autre fragment a 8 millimètres de longueur; ses extrémités présentent une surface irrégulière, avec un petit prolongement formé par du tissu ossifié. Tous ces fragments ne tiennent plus que par des lambeaux de muqueuse. Le cricoïde a quatre points d'ossification: un antérieur, deux latéraux, au niveau de l'articulation des cornes du thyroïde, et un postérieur.

Les aryténoïdes sont ossifiés à leur base.

La trachée est peu rétrécie sur le cadavre; cependant, à cinq centimètres au-dessus du cricoïde, les anneaux sont un peu déprimés par la tumeur ganglionnaire.

L'examen microscopique a montré que l'ulcération du pharynx était de nature épithéliomateuse; dans les tumeurs ganglionnaires et dans les nodules du foie, on constatait la présence de cellules d'épithélium absolument analogues à celles du pharynx ou de l'œsophage: donc, épithélioma ganglionnaire et hépatique.

RÉFLEXIONS. — De cette observation ressort, ce nous semble, ce fait, que, chez des individus un peu âgés, où les cartilages ont perdu de leur élasticité et présentent quelques points d'ossification, on risque, en voulant introduire une canule par l'espace crico-thyroïdien, de produire une fracture simple ou communitive du cartilage cricoïde. Le procédé de Vicq d'Azyr a donc des inconvénients, lorsqu'on l'emploie sur des sujets qui ont dépassé l'âge adulte.

M. HOUEL dit, qu'en général, il n'y a aucun inconvénient à couper le cricoïde, et que l'on a assez de place pour in-

introduire la canule, pourvu que la membrane crico-thyroïdienne ne soit pas altérée ni rétractée.

M. RECLUS dit que, dans un cas récent où M. Verneuil a fendu le cricoïde, la canule, serrée entre les surfaces de section, et sans cesse poussée en arrière par la force élastique du cartilage, a fini en huit jours par ulcérer la trachée et jusqu'à la carotide qui a été ouverte. Il est vrai que, dans ce cas, il s'agissait de tissus déjà altérés.

22. M. BROUSSIN présente un *cancer ulcéré du col avec des corps fibreux du corps de l'utérus*.

23. *Persistence du canal excréteur du corps de Wolff, chez une femme de 60 ans ; par OZENNE, interne des hôpitaux.*

Cette pièce, que nous avons l'honneur de mettre sous les yeux de la Société, provient d'un cadavre de l'Ecole pratique, servant aux exercices de médecine opératoire.

En enlevant les viscères de ce cadavre (femme de 60 ans environ) et en particulier le rein droit, nous nous trouvons arrêtés dans l'extraction de cet organe, bien que l'uretère fût déjà coupé par un autre cordon, organe supplémentaire, qui va s'insérer à l'un des organes de la cavité pelvienne. Après avoir enlevé en masse tout l'appareil génito-urinaire, nous constatons ce qui suit :

Le rein droit est uni au bord droit du col utérin par un cordon qui mesure 35 centimètres de longueur : situé, en haut, en arrière du rein ; en bas, en arrière du ligament large. Il offre la même direction que l'uretère dont il longe, dans la plus grande partie de son étendue, la face supérieure. Il s'attache à la partie postérieure de l'extrémité supérieure du rein par un court pédicule, tordu sur lui-même. En bas, ce cordon vient se fixer au bord droit du col de l'utérus, immédiatement au-dessus de la réflexion de la muqueuse vaginale, par un autre pédicule un peu plus long.

En incisant ce conduit près de son extrémité inférieure, nous reconnaissons qu'il est creusé d'une cavité vide, limitée par une membrane d'enveloppe transparente, mince, mais cependant assez résistante ; sa surface interne est lisse, blanchâtre et sans aucun pli. En l'insufflant, il acquiert un calibre qui n'est pas uniforme et qui est d'autant moins considérable que l'on se rapproche davantage de l'utérus, offrant ainsi une forme conique ; en haut, il présente le volume du pouce, au milieu, celui du médius et, en bas, celui du petit doigt tout au plus.

Nous avons dit plus haut que ce canal était rattaché au

rein et à l'utérus par deux pédicules : or, celui qui le relie au rein est plein, non canaliculé, d'une longueur de 1 centimètre, offrant une certaine résistance et de la grosseur d'une bougie n° 10. L'autre pédicule est également plein, mais aplati et long de 2 à 3 centimètres.

Ces deux pédicules, nous le répétons, ne sont pas creusés d'un canal et ils ne communiquent nullement, le premier avec la cavité utérine, le second avec l'intérieur du rein, ce que l'on peut facilement reconnaître au moyen de deux incisions ; en un mot, ils s'attachent aux faces externes de ces organes, sans se mettre en rapport avec leurs cavités.

L'uretère, les vaisseaux rénaux et le rein du côté correspondant n'offrent rien de particulier ; il en est de même à gauche, et toute recherche ne peut faire découvrir de cordon anormal. La vessie, l'utérus et ses annexes ne présentent aucune particularité à noter.

Notre collègue et ami, M. Bruchet, a bien voulu examiner ce cordon au microscope, et a constaté que la paroi était constituée par des fibres de tissu conjonctif, remarquables par leur développement et par leur volume. Quant à la couche épithéliale, s'il en existait une, elle n'a pu être mise en évidence, ses éléments étant depuis longtemps probablement détruits.

RÉFLEXIONS.—En nous reportant au développement embryogénique, il nous semble, bien que les auteurs sur ce point ne soient pas très explicites, que nous sommes en présence d'un conduit de Wolff, qui aurait persisté. En effet, la structure et le mode d'origine et de terminaison de ce cordon éloignent toute idée d'uretère supplémentaire. On ne doit pas davantage admettre que l'on a sous les yeux le canal de Müller, les annexes de l'utérus étant complètement développés des deux côtés. Nous pensons donc que ce cordon, prenant son origine au rein, se terminant à l'utérus près du vagin, n'est autre chose que le conduit excréteur du corps de Wolff qui, au lieu de s'atrophier, ainsi que cela a lieu ordinairement chez la femme, a persisté : l'anatomie comparée vient d'ailleurs à l'appui de cette opinion, nous montrant qu'assez souvent ce canal ne disparaît pas chez les ruminants, et constitue le canal de Goertner.

24. Leucocythémie splénique à forme latente, hématoméses. — Mélcena. — Mort ; par A. BRAULT, interne des hôpitaux.

Riche, Jeanne, âgée de 48 ans, couturière, entrée le

18 février 1880, salle Sainte-Adélaïde, n° 9, dans le service de M. CORNIL, à l'hôpital Saint-Antoine.

Antécédents. A eu le choléra en 1859 et une rétention d'urine consécutive, plus tard une anasarque. Il y a deux ans, son ventre a augmenté de volume pendant quelques jours, puis s'est affaissé et la malade s'est aperçue qu'elle portait une tumeur. A partir de cette époque, les forces diminuèrent, la malade maigrit, perdit l'appétit et eut des nausées fréquentes, mais sans vomissements. C'est seulement il y a deux mois et demi qui se produisirent, pendant la nuit, plusieurs hématomés; les jours suivants, ces accidents cessèrent et les vomissements furent alimentaires ou bilieux.

Etat actuel. Le ventre est ballonné, douloureux à la palpation; on perçoit une tumeur très nette dans l'hypochondre gauche, tumeur légèrement lobulée, et répondant exactement à la grande courbure et à la grosse tubérosité de l'estomac. Par la pression, on ne provoque pas de douleur vive, et cependant, il existe depuis quelques mois déjà, une douleur épigastrique spontanée. La langue est blanche et épaisse, l'haleine forte, il existe du pyrosis. Les autres organes ne présentent rien d'anormal; il n'existe pas d'albumine dans les urines, mais un souffle léger au premier temps et à la pointe, auquel correspond un peu de frémissement cataire. Pendant un mois environ, les symptômes observés ne présentèrent que peu d'intérêt. La malade avait peu d'appétit, maigrissait, mais sans diarrhée, sans vomissements, accusant toujours une douleur épigastrique. La tumeur présentait toujours le même siège, le même volume et la même consistance.

17 mars. Pendant la nuit, la malade a eu une hématomèse de sang rouge-noir contenant des caillots. Ce matin, elle accuse une soif vive et a de la diarrhée.

18 mars. Délire continu, agitation extrême, très grande pâleur de la face; les vomissements se sont renouvelés et ont été suivis de méloena.

19 mars. Même état.

20 mars. Persistance de la diarrhée, toujours noirâtre.

22 mars. Depuis deux jours, la malade n'est pas allée à la selle, le délire a disparu, elle accuse de la douleur aux mollets. Cette douleur est produite par des thromboses cachectiques siégeant dans les saphènes, mais sans œdème.

27 mars. Ascite en assez grande quantité, la tumeur ne peut plus être perçue à cause de l'abondance du liquide et du ballonnement du ventre.

30 mars. La malade accuse une douleur épigastrique

limitée au-dessous de l'appendice xyphoïde; une douleur dorsale dans le point diamétralement opposé. Constipation opiniâtre.

1^{er} avril. Râle de bronchite, tuméfaction énorme du ventre.

2 avril. La douleur du ventre s'irradie à l'épaule et au bras gauche, la malade a vomi de nouveau du sang et des caillots.

8 avril. Les vomissements sont très rapprochés et ne contiennent souvent que des aliments; l'ascite est énorme. L'appétit est complètement perdu; la couleur du visage est jaune-paille, la faiblesse est extrême; il existe de l'œdème pulmonaire aux deux bases, avec râles sous-crépitaux.

Cœur irrégulier, sueurs abondantes.

13 avril. Le méloëna a reparu depuis hier et s'est continué jusqu'au surlendemain, où la malade meurt.

15 avril. Mort à 10 heures du matin.

AUTOPSIE faite le 16. Il existe dix à douze litres de liquide dans la cavité abdominale; le liquide est puriforme. Le gros intestin présente tout le long de son parcours des indurations mamelonnées.

Le poumon gauche est emphysémateux.

Le poumon droit est adhérent et également emphysémateux.

Le cœur est de volume normal, et présente quelques végétations sur le bord libre de la valvule mitrale.

La rate est de volume considérable; elle envoie en avant une pointe bilobée qui s'applique exactement sur la grande courbure de l'estomac, à laquelle elle est très adhérente. Elle présente des indurations fibreuses à sa surface, sous forme de plaques. A la coupe, on reconnaît qu'il existe des tractus fibreux grisâtres en abondance; tranchant sur le tissu rouge de l'organe. A peine l'ongle peut-il entamer le parenchyme, dont la consistance rappelle celle du foie cirrhotique. Pas de pigmentation.

Le gros intestin est revenu sur lui-même, dur, petit; l'estomac paraît également rétracté, et présente à la surface interne des plis longitudinaux qu'on ne peut effacer par la distension, car ils sont adhérents à la surface profonde. Le péritoine, le pancréas ne présentent rien de particulier.

Le foie est petit, la surface de section est lisse, et on ne distingue pas facilement les lobules, sa couleur est jaune cuir de botte.

Les reins sont pâles, petits, un peu granuleux.

Nulle part on ne trouve de trace de cancer.

Il existe plusieurs foyers hémorragiques assez petits dans

l'épaisseur des muscles de l'abdomen. L'examen du sang, pratiqué après la mort, sur du liquide pris dans la veine fémorale, montra que les globules blancs existaient en très grande quantité, de même que les globulins.

REMARQUES. — L'observation précédente est un type de leucocythémie splénique à forme latente. Les symptômes gastriques et intestinaux avaient donné le change, et en présence de cette réunion de signes (hématémèses, méloena, tumeur très nette occupant la grande courbure) on était autorisé à admettre l'existence d'un cancer de l'estomac. Si l'examen du sang avait été pratiqué au début, l'erreur aurait été évitée certainement; mais on n'avait pas été amené à le faire, parce que la tumeur abdominale faisait corps avec l'estomac et semblait lui appartenir.

Ce n'est qu'à l'autopsie que le volume de la rate et les hémorragies intra-musculaires firent penser à une leucocythémie splénique, surtout lorsque, après l'examen le plus attentif du tube digestif, on se fut assuré qu'il n'existait aucune trace de tumeur.

Nous ferons remarquer également que l'estomac et l'intestin présentaient une pâleur très marquée de leur surface, bien qu'ils eussent été le siège d'hémorragies abondantes.

D'un autre côté, la rate était surtout scléreuse et ne présentait pas de néo-formations de tissu lymphoïde comme cela s'observe habituellement. Mais le foie et les reins présentaient, dans certains points, des infiltrations de globules blancs.

25. Péricardite tuberculeuse. Variole. Mort ;

par A. BRAULT, interne des hôpitaux.

Pigeon, Jean, 41 ans, journalier, entré le 22 février 1880, à l'hôpital Saint-Antoine, lit n° 17. Service de M. CORNIL.

Antécédents. A été traité pour une pleurésie il y a deux ans, et, depuis ce moment, il a toujours toussé un peu, mais c'est surtout depuis deux mois qu'il a remarqué qu'il toussait davantage. En même temps, il perdait ses forces et maigrissait.

Depuis un mois, il accuse un point de côté à droite, assez intense, avec frisson de fièvre de temps à autre, surtout vers le soir.

La nuit, il a des sueurs abondantes et, pendant la journée, de la diarrhée ; il se plaint également de palpitations.

Etat actuel. Le poumon offre, en avant et au sommet gauche, de l'expiration prolongée; à droite, la respiration est obscure; en haut, vers la partie moyenne on entend quelques râles, frottements secs et très fins. Rien au cœur.

Les jours suivants, ces symptômes disparaissent et l'on n'entend plus, de temps à autre, que des râles de bronchite localisés au sommet droit ou gauche et disparaissant du soir au matin et toujours en avant, très peu de signes en arrière.

Expectoration muco-purulente peu abondante.

11 mars. Le malade est oppressé et n'a pas dormi la nuit; son pouls est petit, irrégulier. — A l'auscultation du cœur, on perçoit un bruit de frottement péricardique très superficiel et assez râpeux.

13 mars. Le frottement péricardique a augmenté, les battements du cœur sont très irréguliers, très intermittents, le pouls est filiforme; les nuits se passent sans sommeil, les sueurs sont plus abondantes.

16 mars. Le frottement a disparu, les battements du cœur sont lointains et irréguliers.

25 mars. Les bruits du cœur sont toujours irréguliers, mais ils sont devenus plus nets. Il existe une douleur légère au niveau de la région hépatique. Douleur se prolongeant en avant et en arrière et répondant assez bien aux insertions du diaphragme.

30 mars. A la base du poumon, du côté droit et en dehors dans la ligne axillaire, on perçoit dans un espace très limité, un souffle avec quelques froissements pleuraux. On remarque, qu'à ce niveau, la paroi thoracique subit un certain retrait au moment de l'inspiration.

Du 1^{er} au 9 avril. Rien de particulier, la douleur du côté droit disparaît. Le 9, le malade est agité, il accuse des douleurs lombaires et a une fièvre intense.

12 avril. On constate une éruption de variole et on fait passer le malade au pavillon d'isolement.

15 avril. Il meurt dans la nuit à une heure du matin.

AUTOPSIE faite le 16. — Le poumon droit présente quelques tubercules crayeux au sommet, a très peu d'adhérences à la partie inférieure, avec quelques tubercules à la surface. Le poumon gauche présente des lésions analogues peu accusées.

Le cœur est volumineux; les deux feuillets du péricarde sont légèrement adhérents (symphyse cardiaque au début). Les deux feuillets sont couverts de granulations tuberculeuses fermes, miliaires, très serrées les unes contre les autres.

La rate présente un infarctus récent, jaunâtre.

Les bronches sont congestionnées et présentent des pustules varioliques.

Les reins sont volumineux.

REMARQUES. — Cette observation montre que la tuberculose avait envahi surtout le péricarde, en donnant lieu à une péricardite facile à diagnostiquer pendant la vie. Partout ailleurs, les tubercules étaient rares, surtout dans le poumon; les plèvres étaient atteintes plus que le parenchyme pulmonaire. Si le malade n'avait pas été enlevé par la variole, la péricardite aurait probablement abouti à une symphyse cardiaque complète.

26. — M. BARRIER montre deux *fœtus* provenant d'un même *avortement*, l'un paraît avoir six mois de vie fœtale, tandis que l'autre n'en paraît que quatre. Ce dernier est manifestement macéré, s'agit-il d'un cas de superfétation?

M. HOUEL pense que l'état de macération du second fœtus montre bien qu'il était mort depuis longtemps dans l'utérus, et que les deux sont le résultat d'une même fécondation.

27. Cystite, pyélo-néphrite, orchite tuberculeuses. — Mort par Urémie; par VERMEIL, interne des hôpitaux.

Le nommé Gambard, Eugène, âgé de 48 ans, profession de peintre, entré le 14 avril 1880, salle Saint-Athanase, lit n° 46, service de M. GALLARD.

Le malade entre le 14 avril avec une grande dyspnée, sans cyanose, sans œdème, dans un état d'affaissement intellectuel, d'étonnement, qui ne nous permet d'obtenir aucun renseignement précis. Tout ce qu'il nous apprend c'est qu'il est peintre, qu'il n'a cependant jamais eu d'accidents saturnins, qu'il est d'une bonne santé habituelle et qu'il n'est malade que depuis deux jours.

Etat actuel. Le sujet est pâle et assez maigre, mais n'a pas l'apparence cachectique. Il ne se plaint de rien que de sa dyspnée. — Cependant la percussion, et l'auscultation de la poitrine nous apprennent peu de chose; partout on entend le murmure vésiculaire, au sommet droit seulement on entend quelques râles sous-crépitaux; mais, rien dans cet examen ne nous explique la dyspnée à laquelle nous assistons.

Pas de toux, pas d'expectoration. A l'auscultation du cœur, on trouve un bruit de galop à la pointe, pas de

souffle. La pointe bat sensiblement en dehors de la ligne mamelonnaire et assez bas : T. 36,°8.

La langue est sèche, la pression sur l'abdomen ne détermine aucune douleur. Les urines sont claires, pâles, abondantes et renferment une assez grande quantité d'albumine. Pas d'œdème d'aucune partie du corps. L'examen à l'ophthalmoscope ne révèle aucune lésion appréciable du fond de l'œil. L'état mental du malade ne permet d'attacher aucune importance aux renseignements qu'il peut fournir sur l'état de la vision.

Les testicules sont volumineux, et la palpation nous montre que cette augmentation de volume est due presque uniquement aux deux épидидymes qui sont durs, plus gros que les pouces et entourent des testicules assez mous, présentant un volume à peu près normal. On n'y sent ni adhérences, ni nodosités ; la pression ne semble pas être douloureuse. Traitentent : 15 grammes d'eau-de-vie allemande.

Depuis hier soir, la dyspnée a encore augmenté, malgré la diarrhée déterminée par l'eau de vie allemande.

A l'auscultation, gros râles sous-crépitaux aux bases. Coma presque complet. Injection sous-cutanée de 0,02 c. de pilocarpine.

MORT à 11 heures du matin.

AUTOPSIE. Au sommet du *poumon droit*, infiltration tuberculeuse dans une étendue équivalente au volume d'une noix. Au centre de cette masse indurée, on voit une petite cavernule. La plèvre qui entoure le sommet droit est très épaisse et adhérente au feuillet pariétal.

Au *sommet gauche*, quelques très petits noyaux de granulations grises. Le reste des deux poumons crépite bien : aux bases seulement le parenchyme est d'un rouge sombre et laisse écouler à la coupe une assez grande quantité de sang, mais partout il est souple et surnage dans l'eau. Le *cœur* est volumineux ; cette augmentation de volume est due surtout au ventricule gauche dont les parois sont très épaisses. Les valves ne présentent rien d'anormal.

Le *foie* et la *rate* sont sains. Le *cerveau* a la consistance normale ; mais les vaisseaux de la *pie-mère* sont presque vides. Elle se détache avec la plus grande facilité. Le *rein gauche* est petit, largement lobulé, non granuleux et d'une consistance assez molle. Sa surface est très rouge ; la décortication, sans être facile, est partout possible. A la coupe, on trouve la substance corticale réduite à la base des pyramides à une mince couche d'environ 0,001 mill. d'épaisseur. Les colonnes de Bertin semblent formées surtout par de la graisse et par un tissu grisâtre d'apparence lardacée. Dans

la substance médullaire, qui est d'un rouge foncé, on voit plusieurs petites cavités grosses comme des pois. 2 ou 3 de ces cavités contiennent une masse jaunâtre (citron) de consistance gélatineuse. Les autres contiennent un liquide blanchâtre purulent.

A l'examen histologique fait par M. Barth, la lésion paraît consister exclusivement dans une néphrite interstitielle très avancée. On ne distingue pas de granulations tuberculeuses; en quelques points seulement, le tissu conjonctif est épaissi; les tubuli atrophiés sont masqués par une infiltration embryonnaire diffuse. Les tubes urinifères ne renferment pas de cellules cubiques. Leur épithélium est en dégénérescence granulo-graisseuse et se colore en noir par l'acide osmique. Les calices, le bassin et l'uretère n'ont rien d'anormal.

Le rein droit est beaucoup plus volumineux: son volume est presque deux fois supérieur à celui du rein gauche. La surface est lisse, blanchâtre et présente aussi quelques divisions lobulaires peu profondes. La consistance est molle, le bassin et l'uretère, jusqu'à la vessie, sont considérablement dilatés. A la coupe, on voit que, par suite de la dilatation des calices, la substance rénale est réduite à l'état d'une coque peu épaisse autour de chaque calice, coque dans laquelle il est impossible de distinguer les deux substances et formée d'un tissu assez consistant d'un rose pâle, marbré de traînées blanchâtres, lardacées.

A première vue, le rein paraît être le siège d'une néphrite interstitielle très prononcée; mais il est facile de distinguer sur la coupe un grand nombre de petits nodules, présentant la forme et les caractères des granulations tuberculeuses adultes, les granulations disposées en grand nombre dans le parenchyme sont volumineuses, englobant tout un faisceau de tubuli. La prolifération embryonnaire paraît se faire aussi bien dans l'intérieur des tubes que dans le tissu conjonctif interstitiel, et il en résulte un amas indistinct offrant vers son centre des cellules géantes, nettement reconnaissables, se confondant par sa périphérie avec l'infiltration embryonnaire diffuse, dont le tissu du rein est le siège. Dans l'intervalle des tubercules, le tissu du rein offre, comme il a été dit déjà, les caractères d'une néphrite interstitielle avancée. Les cloisons conjonctives sont énormément épaissies, formant des bandes de tissu embryonnaire, dans lesquelles on trouve plus ou moins de cellules fusiformes suivant les points. Les tubes urinifères sont atrophiés; leur épithélium est dégénéré, offre en certains points l'état cubique; ailleurs, il a subi la dégénéres-

cence grasseuse. Les glomérules ratatinés, à peine reconnaissables, sont réduits à une petite masse de tissu fibreux embryonnaire, renfermé dans une capsule considérablement épaissie.

La surface interne des calices, du bassin et de l'uretère est d'un blanc grisâtre, inégale, rugueuse, on y voit des saillies arrondies et de véritables ulcérations peu profondes, à bords nets. Les parois sont épaissies, blanchâtres et résistantes. Nulle part on ne trouve traces des calculs.

Le contenu est de l'urine légèrement trouble dans les calices. L'uretère est sinueux et présente le volume de l'index. La vessie est petite, elle contient une urine limpide. La muqueuse, à surface très rugueuse, présente une coloration d'un blanc verdâtre. Elle est hérissée de saillies hémisphériques, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois. Ces petites masses incisées ont un aspect lardacé. Dans l'intervalle de ces saillies, on trouve des ulcérations arrondies, assez régulières, peu profondes, à bords nets, à fond déchiqueté.

A l'examen micrographique, dans la couche sous-muqueuse, on distingue des granulations tuberculeuses arrondies, les unes isolées, les autres agglomérées, qui soulèvent la couche épithéliale. Celle-ci est intacte dans la plus grande partie de son étendue, exulcérée en quelques points qui correspondent à des amas tuberculeux en partie éliminés. Au point de vue de leur structure intime, les granulations ne présentent rien de particulier, elles sont caséuses au centre, fibreuses à la périphérie, de nombreux vaisseaux oblitérés se voient dans leur voisinage. La couche musculaire est intacte et n'est pas envahie par les tubercules.

La prostate est volumineuse. On y trouve 2 ou 3 noyaux caséux. L'utricule prostatique, largement béant, sous forme de fente allongée, contient un liquide blanchâtre laiteux.

Les 2 testicules sont volumineux, encadrés par des épидидymes plus gros que le pouce. Les épидидymes sont durs, assez réguliers, non bosselés; à la coupe, on les trouve entièrement formés par une matière caséuse, d'un blanc laiteux, d'une consistance assez grande. La substance testiculaire est infiltrée dans toute la partie qui est en rapport avec les épидидymes par des granulations grisâtres, semi-transparentes, très faciles à distinguer du parenchyme testiculaire. Une coupe faite au niveau du corps d'Highmore montre d'énormes granulations, agglomérées en groupes considérables, qui envahissent et étouffent les canaux séminifères. Ceux-ci ont entièrement disparu dans le centre des granu-

lations. Vers la périphérie il sont reconnaissables, mais déformés et affaissés.

L'endothélium qui les tapisse est détaché des parois et transformé en un magma graisseux qui remplit toute la lumière du canal.

28. Orchite tuberculeuse ; par M. GIBIER, interne des hôpitaux.

Le nommé X... a eu, en juillet 1874, une inflammation spontanée du testicule droit ayant abouti à un abcès ouvert, dans le service de M. Horteloup, et auquel succéda une fistule qui ne s'est fermée qu'à la fin de 1878. Le testicule gauche s'est pris en septembre 1878. En janvier 1879, le testicule est gros; l'épididyme du même côté est très-volumineux et bosselé. La peau n'adhère pas, elle est un peu rouge. Douleur modérée. Légère douleur à la fin de la miction qui n'est pas plus fréquente que normalement. Dans les premiers jours de février 1879, les dernières gouttes d'urine contenaient un peu de sang. Le lobe gauche de la prostate est volumineux et présente quelques nodosités. — Le poulmon est sain. Huile de foie de morue. Capsules phosphorées. Un abcès a été ouvert sur le scrotum, à cette époque. — Le malade n'a jamais eu aucune affection vénérienne.

Etat actuel. 10 mars 1880. On constate sur le scrotum, du côté droit, une cicatrice déprimée. Il y a quatre mois, le malade sentit son testicule gauche devenir douloureux. — Depuis le 4 mars, cette orchite a pris une allure aiguë; le scrotum est gonflé, rouge et très douloureux. — Il existe un point fluctuant à sa partie inférieure.

11 mars. Le gonflement et la rougeur se continuent sur le trajet du cordon, jusqu'à la partie interne de l'aîne, où l'on constate l'existence d'un petit abcès dont le début remonte à un mois. Cet abcès est ouvert et l'exploration de sa cavité démontre qu'il n'existe aucune communication avec l'abcès du scrotum. La prostate n'est pas douloureuse au toucher, elle ne présente aucune bosselure. L'auscultation de la poitrine fait entendre un murmure vésiculaire affaibli, au niveau du sommet droit, où l'on trouve une matité appréciable.

12 avril. Ablation du testicule gauche. — A la coupe, il présente une dizaine de petits abcès séparés par de la substance saine. Cette pièce a été présentée à la Société anatomique le 16 avril.

6 mai. La guérison de la plaie est presque complète, et l'état général du malade est beaucoup plus satisfaisant.

Depuis plusieurs jours il se lève et aide aux gens de service.

Primitivement, la plaie opératoire était pansée à l'huile phéniquée. — Après quelques jours, on fit un pansement à l'iodoforme et, depuis ce temps, la cicatrisation s'est effectuée beaucoup plus rapidement.

29. Tumeur cérébrale occupant le ventricule moyen, ayant présenté les allures cliniques d'une méningite tuberculeuse; par VAMET, interne des hôpitaux.

J'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique une tumeur cérébrale provenant d'une malade qui a succombé dans le service de M. DAMASCHINO, à l'hôpital Laënnec, le 10 avril 1880.

Trois semaines avant son entrée (5 avril), cette femme avait commencé à s'amaigrir, à perdre ses forces et à souffrir violemment dans la tête. D'après des renseignements indirects, qui nous ont paru positifs, un peu avant cette époque, son caractère se serait modifié, elle serait devenue triste, et elle aurait perdu la mémoire.

On n'avait rien remarqué d'anormal dans son état, si ce n'est un mois environ avant son entrée à l'hôpital, où elle a présenté les phénomènes ci-dessus indiqués.

A son entrée, la malade est dans un état de stupeur profonde, elle ne répond qu'à grand'peine aux questions qu'on lui pose; elle localise bien ses douleurs au sommet de la tête. Constipation opiniâtre. Parésie générale sans phénomènes paralytiques proprement dits, ni convulsifs, ni anesthésiques.

Pouls faible et lent, 58. Respiration, 16. Raie méningitique très accentuée.

8 avril. L'abattement et la stupeur augmentent, elle refuse de répondre, elle se plaint toujours de douleurs dans la tête, un peu d'albumine dans les urines.

9 avril. On remarque un peu de dilatation de la pupille gauche, l'affaissement augmente, incontinence des matières.

Dans la nuit du 10, elle succombe. Pendant ces quelques jours, la température a oscillé entre 38° et 36°, 8.

AUTOPSIE. — Il s'écoule beaucoup de liquide à l'ouverture de la cavité arachnoïdienne.

La pie-mère cérébrale est très injectée; les réseaux vasculaires, à la surface des circonvolutions, sont distendus par le sang.

Le couteau, en séparant les deux hémisphères cérébraux,

après avoir coupé le corps calleux et le trigone, partage en deux portions symétriques une tumeur contenue dans la cavité du ventricule moyen, et qui ne faisait nullement saillie à l'extérieur du ventricule, le trigone était intact; on retrouva des deux lambeaux de chaque côté de la section, tout au plus était-il soulevé.

Cette tumeur, du volume d'une grosse noix, est d'une couleur gris-rosé, d'une consistance extrêmement molle.

Un séjour de plusieurs jours dans l'alcool ne lui a pas donné une dureté suffisante pour qu'on puisse pratiquer des coupes pour l'examen histologique (1).

Cette tumeur, à sa partie antérieure et sur ses parties latérales, ne présente aucune adhérence avec les parois du ventricule moyen qu'elle a cependant un peu écartées, on peut la renverser en arrière, et ce n'est qu'au niveau de la couche optique et même à sa partie postérieure qu'elle semble se pédiculiser; là encore, les adhérences sont très molles. Le dessin annexé à l'observation montre la tumeur renversée en arrière, avec sa couleur et son aspect; sa mollesse était telle qu'elle n'avait pas de forme à proprement parler.

Les ventricules latéraux sont très dilatés et pleins de liquide. À part une congestion intense des poumons à la base et un noyau d'apoplexie assez étendu dans le poumon gauche, en arrière, les autres organes ne nous ont rien présenté à noter. Comme origine probable de cette tumeur, M. Damaschino met en cause la toile choroidienne.

M. RENDU rappelle un cas analogue, où on avait eu tous les signes de la méningite tuberculeuse, mais les accidents avaient duré un mois. On trouva à l'autopsie une tumeur située vers la corne d'Ammon, et ayant déterminé une hydrocéphalie qui peut, peut-être, donner une explication de forme symptomatique de la maladie.

30. M. BOITEUX présente un rein caséeux, il ne reste plus que les colonnes de Bertin, soutenant à la périphérie une mince couche de substance corticale.

31. **Pyelo-néphrite calculuse.** — Calculs très volumineux; par M. M. LAUNOIS et HACHE, internes des hôpitaux.

Le nommé D..., âgé de 52 ans, est entré à l'hôpital Laënnec, salle St-André, n° 32, service de M. le Dr NICAISE, le 8 avril 1880. On l'avait ramassé dans la rue. Sa femme

(1) M. Damaschino se propose d'en faire ultérieurement l'examen.

raconte que, depuis plusieurs années, il souffrait d'une affection des voies urinaires; il avait eu plusieurs hématuries, la première il y a 15 ans. Il a eu de l'œdème des membres inférieurs il y a trois ans, et aurait été mis à cette époque au régime lacté. Depuis, il avait des douleurs de reins très violentes, de la rétention d'urine, causée par des caillots arrêtés dans le canal. A son entrée, on constate une congestion des deux poumons; le malade tousse; son expectoration est très albumineuse. En plusieurs points des téguments, et en particulier aux cuisses; il y avait des anthrax. L'urine, rendue en petite quantité, contenait beaucoup de pus et d'albumine. Par le cathétérisme on put passer assez facilement; mais le canal était rétréci au niveau du méat et de la portion spongieuse. Le malade ne tarda pas à mourir.

AUTOPSIE. On trouva de la congestion des poumons dans une grande étendue; mais la lésion la plus intéressante était celle des reins.

Le rein gauche, considérablement augmenté de volume, était bosselé à sa surface et comme lobulé. En le prenant dans les mains, on sentait une crépitation analogue à celle que donnent des noix enfermées dans un sac. Cette sensation se retrouvait dans toute l'étendue de l'organe; après avoir fait une coupe longitudinale, passant par le bord convexe, on trouve dans l'intérieur du rein une masse calculeuse très volumineuse, rameuse, emplissant les calices et le bassinnet considérablement distendus et s'étendant jusque dans l'orifice supérieur de l'uretère. Ces concrétions peuvent s'enlever facilement, mais certaines portions se détachent de la masse et restent incluses dans les loges. En réunissant les calculs après les avoir extraits, on remarque qu'ils présentent les caractères extérieurs d'un polypier. Sur le plus volumineux, qui mesure 6 centimètres de hauteur, on trouve les points d'implantation des autres fragments.

Ces calculs ne semblent pas formés par les mêmes éléments. Sur une coupe, on trouve plusieurs couches grisâtres superposées, recouvertes par une couche blanche, formée par de petits cristaux rapprochés les uns des autres et séparés en certains points par des stries sinueuses.

Le rein gauche présente des altérations considérables, en rapport avec le volume et la forme de ces concrétions. Les calices et le bassinnet sont très dilatés; la substance propre du rein comprimée est amincie; les altérations histologiques seront décrites. Le rein droit est plus petit qu'à l'état normal; la substance corticale est rouge; les calices contien-

nent un liquide purulent qui s'écoule à la coupe. On ne trouve pas de concrétions.

Les altérations des uretères ne sont pas moins remarquables que celles que nous venons de signaler.

L'uretère droit est très volumineux; il s'agit, non d'une dilatation simple, mais d'une inflammation chronique des parois, inflammation qui s'est étendue au tissu cellulaire voisin qui est induré. La paroi de l'uretère mesure environ 10 millimètres; elle est formée par un tissu dur et difficile à couper. En certains points, l'induration est plus grande et, vers l'extrémité inférieure, le conduit traverse une masse inodulaire, qui devait s'opposer au passage de l'urine dans la vessie. Le calibre du canal rétréci, en ce point, l'était aussi au niveau de son tiers supérieur. Là, il y avait une véritable bride cicatricielle formant un anneau; au-dessus, comme dans tout rétrécissement, dilatation de l'uretère avec ramollissement de la muqueuse.

Ces rétrécissements de l'uretère peuvent peut-être être regardés comme la cause de la formation de calculs dans le rein droit. L'uretère gauche, plus volumineux, présente aussi vers sa partie moyenne un rétrécissement; le tissu semble être en ce point du tissu de cicatrice. La muqueuse présente, dans toute l'étendue de l'uretère, des traces d'inflammation chronique. On trouve, au niveau du tiers inférieur, de petites végétations polypiformes du volume d'un grain de mil.

La vessie est petite et contractée; on ne pouvait du reste y faire pénétrer, pendant la vie, qu'une très petite quantité de liquide. Les parois sont épaissies, surtout la couche moyenne. La muqueuse est saine; les orifices des uretères normaux. On ne trouve dans la vessie aucune concrétion calculeuse.

32. Anévrysme de l'aorte. — Mort par compression de la trachée; par H. STACKLER, interne des hôpitaux.

Colly, Jean, âgé de 56 ans, journalier, est entré le 9 avril 1880 à l'hôpital Tenon, n° 20, salle Bretat, service de M. HALLOPEAU.

Comme antécédent qui mérite d'être noté, nous ne trouvons qu'un chancre, qu'il aurait eu il y a très longtemps. Encore les renseignements que le malade fournit à cet égard, ne nous inspirent que fort peu de confiance: il n'existe chez lui aucune trace évidente de syphilis. Le premier phénomène qui attire son attention est la *toux*. Elle débute il y a 3 mois; depuis cette époque, elle ne fait

qu'augmenter. Il y a un mois, à cette toux vient s'ajouter de l'oppression. Aussi cet homme est-il obligé fréquemment de suspendre son travail. Enfin, depuis quelques jours, l'oppression a pris de telles proportions, qu'il se trouve forcé d'entrer à l'hôpital.

L'interrogatoire et l'examen du malade rappellent la respiration des asthmatiques. L'auscultation du poulmon nous révèle une diminution de la respiration aux deux sommets, surtout à gauche.

Cet homme est assis dans son lit, le corps penché en avant : toute autre position est impossible. Le décubitus dorsal augmente aussitôt la dyspnée, la face se cyanose... etc... la respiration est anxieuse, pénible, profonde, bruyante, accompagnée d'un bruit de cornage trachéal. La voix est intacte.

A l'auscultation, quelque râles sous crépitants disséminés dans les deux poulmons. Jamais le malade n'a éprouvé cette douleur vive qui est constituée le plus souvent par un anévrysme de l'aorte. Aucun trouble ni du côté du récurrent, ni du côté du sympathique.

12 avril. Grâce aux signes précédents, et à la présence d'une certaine gêne de la circulation veineuse de la paroi thoracique et des veines du cou, nous avions jusqu'à ce jour soupçonné la présence d'une tumeur du médiastin, sans en avoir perçu les signes certains. Aujourd'hui, dans le troisième espace intercostal droit, nous percevons des battements distincts des battements du cœur. On les trouve sur une longueur de 4 centimètres, et limités à ce troisième espace. Ils s'accompagnent d'un certain mouvement d'expansion. Dans la même région, la percussion donne de la submatité, et l'auscultation un double bruit ; le premier est légèrement soufflé.

La pointe du cœur bat dans le sixième espace et dans la ligne mamelonnaire. Nous ne trouvons de bruit de souffle ni à la base, ni à la pointe. Les deux pouls sont synchrones, très faibles. Les veines jugulaires sont dilatées.

12 avril. Soir. Respiration soufflante à droite et en arrière, au niveau du lobe moyen. Expectoration abondante, mousseuse. Toux fréquente, pénible. Pas d'albumine dans les urines.

Ventouses sèches. Injection de morphine.

13 avril. La respiration se ralentit, la face se cyanose. Délire tranquille. Pouls petit, veines jugulaires plus saillantes que la veille. Le délire et l'oppression présentent un caractère particulier d'intermittence. La respiration affecte un type analogue au type de Cheyne-Stokes : 1° ralentisse-

ment progressif des mouvements respiratoires; 2° le malade ne respire que 2 ou 3 fois par minute; en même temps, il semble s'endormir et rêvasser; 3° au bout d'une minute, la respiration reparait, se répète de plus en plus, reprend à peu près son type normal (quoique plus lente cependant), le délire se dissipe, le malade nous entend de nouveau et nous parle. Quelques minutes se passent et le même ordre de faits se représente sous la même forme.

Dans la journée, le trouble de la respiration et de la circulation augmentent encore. Mort dans la nuit.

AUTOPSIE. Dans le médiastin antérieur, se présente une poche anévrysmale, qui remonte en haut jusqu'au niveau de l'articulation sterno-claviculaire, et qui s'étend de chaque côté jusqu'aux 2° et 3° articulations chondro-sternales. Dans le point où l'on sentait les battements, au niveau du 3° espace droit, la poche est coiffée d'une lame de poumon qui la sépare de la paroi; cette lame de poumon est aplatie et forme comme une enveloppe supplémentaire, qui mesure environ 1 centimètre de haut en bas et de gauche à droite, et 3 centimètres transversalement. La poche est divisée en deux parties, dont la plus petite est plus saillante et constitue une vraie poche secondaire, située au-dessus et à droite de l'autre. Son volume apparent est celui d'une petite pomme; sa consistance est très dure: la consistance du reste de la poche est relativement molle. Examinée par sa face interne, la poche nous apparaît remplie de caillots rouges et mous. Débarrassée de ces caillots, la paroi se montre à nous inégale, rugueuse, plaquée de taches d'endarterite chronique, plaques blanches, jaunâtres, les unes molles, les autres dures, crétacées. Au niveau de la partie de la poche qui est située en haut et à droite, et qui se distinguait du reste de la tumeur, par son aspect et sa consistance, nous trouvons une paroi épaisse, dure, avec laquelle font intimement corps des dépôts fibrineux abondants et stratifiés. Toute la tumeur est entourée d'une sorte de coque blanchâtre, que l'on enlève assez facilement.

L'anévrysme commence à environ 1 centimètre à 1 centimètre $1/2$ au-dessus des valvules de l'aorte. Il s'étend jusqu'à l'origine des gros vaisseaux du cou. Le tronc brachio-céphalique part de la poche elle-même; l'artère carotide gauche est située exactement au niveau de sa limite. L'artère sous-clavière est en dehors du collet de la tumeur. L'anévrysme est sacciforme. Il tendait à se développer surtout en arrière et en haut. Il mesure environ 22 centimètres de tour au niveau de sa plus grande largeur. Le poumon droit est refoulé par lui; mais une lame assez épaisse de ce

poumon le recouvre, et devait, pendant la vie, en s'avancant à chaque mouvement inspiratoire, contribuer à refouler la tumeur en arrière. Une partie de cette lame fait corps avec la paroi même de l'anévrysme : on ne peut l'en détacher.

A l'anévrysme est accolé le nerf pneumo-gastrique droit, dont la consistance et la couleur paraissent normales. La bronche gauche était très légèrement comprimée ; mais la trachée, située en arrière de la poche, est refoulée par elle un peu vers la gauche et évidemment comprimée : dans toute l'étendue de ses rapports avec l'anévrysme, la trachée offre une muqueuse d'un rouge sombre.

La veine cave supérieure est allongée, aplatie. Les orifices du cœur sont sains. Le cœur lui-même est augmenté de volume. Il pèse 400 gr. L'aorte offre, jusqu'à une distance de 10 centimètres de la tumeur, des plaques d'endarterite chronique, analogues à celles qui existent au niveau de son origine.

Les reins, le foie, la rate n'offrent rien de particulier. Le poumon gauche est congestionné et adhérent. Le poumon droit est très vivement congestionné, surtout dans son lobe supérieur.

RÉSUMÉ.—Anévrysme de l'aorte. Mort par compression de la trachée. C'est vers elle que la tumeur tendait à se développer : la lame de poumon qui recouvrait l'anévrysme faisait qu'à chaque mouvement inspiratoire, la tumeur était repoussée contre la trachée. La dyspnée a offert un type particulier analogue au type de Cheyne Stokes : elle s'accompagnait d'un délire tranquille, qui apparaissait, augmentait, diminuait avec elle.

33. Tumeur du cervelet; par DEFONTAINE, interne des hôpitaux.

Le 15 avril 1880, est mort dans le service de M. FERNET, à l'hôpital Lariboisière, un jeune homme dont voici l'histoire.

Âgé de 16 ans 1/2, employé de commerce, n'a eu aucune maladie dans son enfance, et ses antécédents recherchés avec soin ne permettent de noter que des excès d'onanisme de 12 à 15 ans. Aucune trace de syphilis. Son père est fou depuis 14 ans. Sa maladie actuelle a débuté, il y a un an, par des maux de tête, des étourdissements et des troubles de la vue ; il a eu de plus, pendant quelques jours, à diverses reprises, de la raideur du cou. Traité dans le service de M. Siredey par du bromure de potassium et des

douches son état s'améliora, mais les troubles de la vue persistèrent toujours. Il sortit en août 1879.

Au mois de janvier 1880, sa vue s'affaiblissant de plus en plus, il alla consulter M. Galezowski, qui diagnostiqua une névrite optique double et prescrivit de l'iodure de potassium et des vésicatoires.

Dans le courant des mois de janvier et de février, il eut quelques vomissements.

Le 27 février, il entra dans le service de M. Fernet, on constata l'état suivant : Le malade éprouve des douleurs dans toute la tête, sous forme d'élancements. Il a une légère raideur du cou qui rend difficiles les mouvements de la tête. La marche est difficile et le malade accuse de la faiblesse dans les jambes et un notable défaut d'équilibre. Le malade ne s'avance pas directement devant lui mais dévie toujours du côté droit. Sa jambe droite paraît traînante. La tête est légèrement inclinée à droite et tourne dans la rotation à gauche. La force des membres, appréciée par la résistance qu'ils opposent aux efforts destinés à empêcher leurs mouvements, semble conservée. La sensibilité des membres et du tronc est intacte. Les yeux présentent une exophtalmie très accentuée, ils sont généralement dirigés tous deux vers le côté gauche mais leurs mouvements sont possibles dans tous les sens et il n'existe pas de paralysie des muscles moteurs du globe. A certains moments, on constate un nystagmus horizontal des deux yeux. La sensibilité de la conjonctive est égale des deux côtés; il n'en est pas de même pour les cornées, la cornée gauche présente une anesthésie incomplète mais évidente.

Le côté gauche de la langue est à peine sensible, sa piqure ne cause pas de douleur, mais, dès qu'on passe la ligne médiane et qu'on arrive sur le côté droit, le malade ressent une douleur vive. L'anesthésie du côté gauche de la langue est si manifeste, que le malade dit de lui-même qu'il lui semble que sa langue est coupée en deux et qu'il n'a que la moitié droite de sa langue.

L'odorat paraît moins sensible dans la narine du côté gauche. L'ouïe présente les mêmes caractères des deux côtés. On administra au malade de l'iodure de potassium. Son état paraissait stationnaire, lorsque, dans les premiers jours, il devint abattu, perdit l'appétit, eut de la fièvre; bientôt les symptômes d'une fièvre typhoïde s'accrochèrent (taches rosées lenticulaires) et il eut plusieurs hémorrhagies intestinales et mourut le 15 avril.

L'AUTOPSIE, faite le 16, permit de constater les lésions de la maladie qui lui avait donné la mort.

A l'examen de l'encéphale, on trouva dans le cervelet une tumeur qui siégeait dans son hémisphère gauche et à la partie antérieure de cet hémisphère. Du volume d'un œuf de pigeon, elle proéminait seulement à la face inférieure du cervelet et venait reposer sur les origines des nerfs glosso-pharyngien et pneumo-gastrique; c'est ce dernier qui était en rapport avec sa partie la plus saillante. Elle ne touchait en rien aux tubercules quadrijumeaux. Sa consistance était molle. A la coupe, on la trouvait constituée par des kystes contenant un liquide transparent et filant. L'examen microscopique, fait par M. Mayor, a montré que cette tumeur était un gliome.

34 Anomalie d'une côte ; par Ch. FÉRÉ, interne des hôpitaux.

Cette pièce a été trouvée à l'autopsie d'un homme de 64 ans; c'est une quatrième côte droite. Elle ne présente rien de particulier dans toute sa partie postéro-externe; mais, arrivée à 20 centimètres du sternum, elle se bifurque en deux branches, dont chacune a, à peu près, la même largeur que l'os lui-même, et se continue avec un cartilage costal spécial, pour arriver jusqu'au sternum où les deux cartilages viennent s'accoler, bord à bord, mais sans se confondre. Les deux branches de bifurcation de la côte et les cartilages qui leur font suite limitent un espace fusiforme, allongé dans le sens transversal, et offrant environ quatre centimètres de hauteur au niveau de l'écartement maximum des deux arcs qui le constituent. Cet espace est rempli par deux muscles, un interne et un externe, dont les fibres présentent exactement le même trajet que celles des muscles intercostaux. Ces muscles avaient sur le sujet frais la même coloration rouge que les muscles intercostaux; et il semble qu'ils aient eu, pendant la vie, la même activité fonctionnelle; c'est là un point qui a son importance, car ces muscles ne pouvaient servir ni à élever, ni à abaisser les deux segments du cadre fixe sur lequel ils s'insèrent, on ne peut guère leur attribuer d'autre rôle que celui de résister, soit à la pression de l'air extérieur, soit à la pression de l'air intérieur dans les mouvements alternatifs d'inspiration et d'expiration; et cette anomalie peut venir à l'appui de la théorie de Küss qui ne reconnaît point d'autre fonction aux muscles intercostaux.

La cage thoracique n'offrait point d'autre particularité, les côtes étaient en nombre normal et égal des deux côtés, et il existait sept côtes sternales, du côté de l'anomalie comme de l'autre côté.

Séance du 23 avril 1880.

PRÉSIDENTE DE M. CHARCOT.

35. Tumeur du foie chez une enfant de 6 ans ; lésions analogues à celles du foie cardiaque, sans maladie du cœur ; par SAVARD, interne des hôpitaux.

La nommée Pous.... Lucie, âgée de 6 ans $1/2$, se présente le 6 avril à la consultation de l'hôpital des enfants, avec un développement énorme du ventre. A la palpation on sent, malgré l'ascite qui paraît considérable, que le foie est très volumineux et descend à plus d'un travers de main au-dessous des fausses côtes, à quelques centimètres au-dessus de l'épine iliaque droite. Les veines sous-cutanées de la poitrine et de l'abdomen sont fort distendues et marquent la gêne de la circulation porte ; il n'y a pas d'œdème aux membres inférieurs. Avec ces symptômes locaux l'état général est excellent ; la malade a bonne mine, le teint rose, il n'y a aucune trace d'ictère ; elle mange bien, ne vomit pas et n'éprouve aucune douleur.

On ne trouve aucun antécédent syphilitique chez les parents, et, d'après les renseignements fournis par eux, on apprend que cette enfant n'a jamais eu de maladie et qu'il n'y a que deux ou trois mois que son ventre a pris rapidement ce grand développement ; cependant, depuis longtemps, elle aurait eu l'abdomen légèrement saillant. Cette petite malade est reçue dans le service de M. ARCHAMBAULT. Quand on l'examine au lit, on constate que l'ascite se déplace suivant les positions qu'on fait prendre à l'enfant ; l'abondance du liquide gêne un peu l'exploration du foie ; on sent pourtant le bord tranchant au-dessous de l'ombilic, et la face antérieure, dont la consistance paraît un peu ferme et sur laquelle on ne peut trouver aucune bosselure. Il est bien difficile de savoir s'il y a de la fluctuation, car l'organe hépatique, mobile dans le liquide ascitique, se déplace à la moindre pression et fuit au-devant de la main.

Les urines sont foncées, mais ne contiennent pas plus d'urates qu'à l'état normal. Les fonctions digestives se font bien et les autres organes sont en bon état ; l'auscultation du cœur ne fait constater aucun bruit de souffle ; les pulsa-

tions sont régulières; la malade n'a jamais eu d'hémorrhagie.

8 avril. Ponction de l'ascite pour diminuer la tension de l'abdomen et permettre un examen plus complet du foie. Cette ponction est pratiquée avec un trocart moyen, mais il ne s'écoule que deux ou trois gouttes de liquide. Une seconde ponction est alors pratiquée par M. Rathery, mais elle ne donne pas un résultat plus satisfaisant. En tout cas, à peine le trocart retiré, on voit par les deux orifices des piqûres du liquide s'écouler ou plutôt suinter le long des parois abdominales. On peut en recueillir une petite quantité et on constate qu'il a tous les caractères du liquide de l'ascite. En raison de l'état parfait de santé de la malade, on pense à un kyste hydatique avec ascite par compression.

9 avril. Depuis la veille, le liquide a constamment coulé par les piqûres autour desquelles on constate un œdème assez étendu, qui remonte jusqu'au niveau des côtes; car le liquide s'est écoulé non seulement au dehors, mais s'est infiltré dans les mailles du tissu cellulaire; la pression à ce niveau est un peu douloureuse, mais il n'y a pas de rougeur ni de chaleur des téguments. Le ventre est beaucoup moins distendu, on peut apprécier plus facilement le volume et la consistance du foie: il n'y a pas d'inégalités, le tissu est lisse, mais on ne trouve pas de fluctuation. Une ponction exploratrice est pratiquée dans le foie, à 4 centimètres environ au-dessous des côtes, au milieu de l'hypochondre droit. On se sert pour faire cette ponction de l'aspirateur Potain; le trocart est fin, on l'engage profondément, mais il ne sort rien. Aucun accident ne suit cette ponction.

12 avril. Le liquide ascitique coule toujours par les trajets fistuleux; la peau autour d'eux est rouge et chaude, les parties infiltrées commencent à s'enflammer; la langue est un peu sèche, un léger mouvement fébrile apparaît.

M. Labric examine la malade, pense aussi à l'existence d'un kyste hydatique et conseille une nouvelle ponction exploratrice.

15 avril. On fait deux ponctions exploratrices à quelques centimètres au-dessous de la première: il ne sort pas une seule goutte de liquide. Pas d'accident dans la journée.

17 avril. L'inflammation autour des trajets fistuleux est encore plus vive, le ventre est plus tendu, il y a une fièvre violente et des vomissements surviennent dans la journée (glace, extrait thébaïque).

19 avril. Ces symptômes aigus sont dus à l'apparition d'un érysipèle phlegmoneux autour des trajets fistuleux, car, du côté du foie, le ventre n'est pas douloureux, il n'y a pas de tympanisme, pas de péritonite.

20 avril. L'érysipèle phlegmoneux s'étend jusqu'au milieu du dos, des plaques ecchymotiques se montrent au voisinage de l'aîne, du même côté; les vomissements cessent, ils sont remplacés par des hoquets; la malade s'affaiblit et tombe dans le collapsus; elle ne reconnaît plus ses parents qui sont venus la voir dans la journée; vers trois heures, les extrémités sont froides, la mort survient à 4 heures.

AUTOPSIE. A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule un litre et demi environ d'un liquide transparent, au milieu duquel surnagent les anses intestinales qui ne présentent aucune adhérence entre elles et aucune trace de péritonite. En regardant la paroi abdominale du côté du péritoine, on voit nettement la trace des ponctions qui ont été faites pour vider l'ascite; le trocart a dû pénétrer parfaitement dans la cavité séreuse, et on ne s'explique pas pourquoi le liquide ne s'est pas écoulé librement; peut-être un des pelotons graisseux qui sont très prononcés sur le mésentère est-il venu se mettre au-devant de la canule et empêcher l'issue du liquide? En tout cas, on constate qu'il n'y a pas de kyste hydatique; le foie, très volumineux, offre des dimensions doubles au moins de celles qu'il a à l'état normal; il est d'un rouge assez sombre. A la coupe, sa consistance est un peu ferme; il présente par places une couleur un peu jaunâtre. Les veines sus-hépatiques sont très dilatées et renferment de gros caillots assez durs qui, à la coupe et à un examen superficiel, pourraient faire croire à la présence de petits noyaux lardacés. On ne trouve pas de caillots dans la veine porte, en dehors du foie, ni dans la veine cave.

Les autres organes sont sains; le cœur, examiné avec soin, ne présente aucune lésion.

RÉFLEXIONS. — Quelle est la nature d'une semblable tumeur?

On ne peut admettre l'existence d'une cirrhose simple atrophique avec un foie aussi développé; du reste l'aspect qu'il présente à la coupe n'est nullement celui d'une sclérose hépatique. Quant à la cirrhose hypertrophique, elle donne lieu à des symptômes tout différents et à une apparence tout autre du foie. L'examen histologique, fait au laboratoire de M. Vulpian par MM. Déjerine et Cossy, montre que les lésions ressemblent assez à celles que l'on trouve dans le foie cardiaque. Les cellules hépatiques sont déformées, aplaties, et presque complètement atrophiées par le développement énorme et la distension des canalicules veineux et des capillaires; elles sont légèrement pigmentées.

es dilatations vasculaires forment la plus grande partie de la masse du foie ; elles sont remplies par les globules sanguins dont les contours sont très nets.

Cet aspect du foie se rapproche de celui qu'on observe dans les lésions cardiaques ; mais comment expliquer ici les altérations, puisque le cœur est parfaitement sain ? •

36. Abscès de la couche optique et du corps strié ; ouverture dans les ventricules ; par SAVARD, interne des hôpitaux.

Le nommé L..., âgé de douze ans, est entré le 13 avril dernier à l'hôpital des Enfants dans le service de M. ARCHAMBAULT. Cet enfant est d'une constitution assez vigoureuse, et il n'a jamais eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde pour laquelle il a été soigné il y a trois ans dans le même service. Ses parents paraissent forts et bien portants. Il a été pris pour la première fois, il y a quinze jours, sans cause appréciable, de maux de tête violents et incessants, il est devenu triste, abattu, et s'est mis à vomir à plusieurs reprises. Le 5 avril, il a été obligé de prendre le lit, et a eu alors quelques convulsions. Le 13 avril, comme il n'y avait aucune amélioration dans son état, il fut conduit à l'hôpital des Enfants ; on le trouvait alors plongé dans une prostration extrême, indifférent à tout ce qui se passait autour de lui, couché toujours dans la même attitude en chien de fusil, la tête renversée en arrière, la nuque raide. Il n'y avait pas de contracture dans les membres, mais une légère faiblesse dans le bras et la jambe du côté gauche, sans trouble aucun de la sensibilité ; les pupilles étaient égales.

Au milieu de cet état grave, de cet abattement si prononcé, le malade avait conservé toute son intelligence, et répondait très nettement aux questions qui lui étaient adressées. T. 38°.

15 avril. Quelques vomissements dans la journée, le ventre se creuse en bateau ; pâleur et rougeur alternatives de la face. T. 37°,5.

16 avril. Le malade tombe subitement dans le coma, la température s'élève brusquement à 40°. En même temps, de la contracture et quelques mouvements convulsifs apparaissent dans le bras et la jambe gauche ; la pupille du même côté est très dilatée, et insensible à l'action de la lumière.

17 avril. Même état, températ. 39°, la respiration s'embarasse et la mort survient le 18 au matin.

AUTOPSIE. A l'ouverture du crâne, on trouve les méninges

un peu rouges, légèrement louches, surtout vers la base du cerveau, mais on n'y peut trouver aucun tubercule. A peine le cerveau enlevé, on voit s'écouler de la base et provenant des ventricules, une énorme quantité de pus verdâtre crémeux. En séparant les deux hémisphères, on les trouve remplis de pus, et on constate que le foyer purulent a pris naissance dans la couche optique et le corps strié du côté droit qui sont complètement détruits et réduits à l'état de bouillie purulente. L'hémisphère gauche est parfaitement sain.

REMARQUES. — Il est probable que la contracture du côté gauche et les phénomènes comateux qui ont apparu brusquement ont été occasionnés par l'ouverture de la collection purulente dans les ventricules latéraux. Quant à expliquer la formation de l'abcès, cela est assez difficile, car on ne trouve aucune lésion osseuse de la base du crâne, pas d'otite, pas de noyaux tuberculeux dans le cerveau. Les autres organes sont sains.

37. Péritonite aiguë survenue à la suite de la compression de l'ovaire gauche chez une hystérique. — Mort ; par J. COMBY, interne des hôpitaux.

D... Alphonsine, 18 ans, couturière, entre le 6 avril 1880, à l'hôpital Lariboisière, service de M. PROUST, salle Sainte-Marie, n° 21. — Cette jeune fille, habituellement bien portante, a été réglée à 16 ans. Depuis un an, elle a des attaques d'hystérie, boules hystériques, grands mouvements, etc. Elle est entrée déjà à l'hôpital Necker et à l'hôpital Ténon. Elle présente une hémianesthésie complète du côté gauche, portant sur la sensibilité générale et sur les sens spéciaux vue, ouïe, goût, odorat. Parmi les couleurs, l'œil gauche ne peut distinguer que le rouge. L'ovaire gauche est très sensible à la pression ; on peut, en exerçant une pression sur cet ovaire, provoquer une attaque, de même qu'on peut l'arrêter, lorsqu'elle s'est déclarée spontanément.

8 avril. L'application de deux aimants, à gauche, ramène en quelques minutes la sensibilité générale et spéciale de ce côté ; mais, par contre, l'hémianesthésie passe à droite ; il y a transfert. Les aimants sont enlevés, et bientôt l'hémianesthésie repasse à gauche.

14 avril. La malade a une grande attaque ; on lui comprime l'ovaire gauche, avec beaucoup de modération, en se servant de la main. L'attaque cesse, mais il persiste un peu de sensibilité dans le ventre.

15 avril. La douleur abdominale est plus aiguë, elle se généralise, le ventre se ballonne, et des vomissements bilieux apparaissent.

16 et 17 avril. Tous les accidents s'aggravent, le ventre devient extrêmement sensible à la moindre pression ; la face est pâle et anxieuse, le pouls petit et fréquent, les extrémités froides. La malade n'ayant pas uriné depuis plus de 24 heures, nous pratiquons le cathétérisme et nous ne retirons que quelques gouttes d'urine. La mort arrive le 17 avril, à 4 heures du soir, trois jours après la compression de l'ovaire.

AUTOPSIE le 19 avril. — Péritonite généralisée avec épanchement purulent dans la cavité péritonéale. Dans le petit bassin, le pus est plus abondant et plus épais, et l'on aperçoit des fausses membranes récentes et très vasculaires qui unissent l'utérus à la vessie. Le maximum des lésions a nettement pour siège l'appareil utéro-ovarien. Les ovaires et les trompes, ainsi que la partie supérieure de l'utérus, sont recouverts de fausses membranes vasculaires ; ces lésions prédominent sur l'ovaire gauche. Les ganglions lombaires sont altérés ; à l'union de la veine rénale gauche et de la veine cave, existe un gros ganglion suppuré. La dissection des ligaments larges, faite avec le plus grand soin par M. Mayor, qui a bien voulu nous prêter son précieux concours, montre, du côté droit, une traînée lymphatique suppurée. Les ovaires sont manifestement ramollis et congestionnés à un fort degré. Le cul-de-sac utéro-rectal présente le déplissement du péritoine, sans fausses membranes et sans exsudats d'aucune sorte. Incisant l'utérus, nous voyons sa cavité remplie par un liquide grisâtre, peut-être purulent. La muqueuse utérine présente en certains points, notamment au niveau des orifices des trompes et des arbres de vie, une injection vive. La pression sur les trompes donne issue à un liquide analogue à celui de la cavité utérine. Le vagin offre aussi, dans son intérieur, le même liquide sale, mais ne présente pas de lésions de la muqueuse, de telle sorte que, pour nous, ces altérations sont cadavériques ou récentes, et dans tous les cas d'ordre secondaire.

REMARQUES. — Le point de départ de la péritonite est évidemment dans les ovaires, et surtout dans l'ovaire gauche. La pression exercée sur le ventre a-t-elle été la cause des accidents ? Nous nous contenterons de relever la coïncidence : 14 avril, compression de l'ovaire gauche chez une hystérique, jusqu'à ce moment très bien portante ; 15 avril

péritonite ; 17 avril, mort. Nous croyons qu'un tel fait peut se passer de commentaires.

M. LANDOUZY demande si l'on est bien sûr qu'il n'y ait pas de cause prédisposante.

M. MAYOR dit qu'il existait autour des ovaires des fausses membranes vasculaires qui pourraient indiquer qu'il y avait une inflammation antérieure à la compression.

M. CHARCOT fait remarquer que, malgré le nombre considérables d'hystériques qu'il a vu comprimer, quelquefois pendant plusieurs heures, il n'a jamais observé d'accidents semblables.

38. Cancer latent de l'estomac avec perforation. Cancer des ovaires. Ascite. Ponction. Péritonite. Mort ; par OZENNE, interne des hôpitaux.

Le 3 avril 1880, entre salle Saint-Jean, service de M. POLAILLON, hôpital de la Pitié, la nommée Wiel Reine, âgée de 51 ans.

Aucun antécédent héréditaire. — Pas de maladies graves. — Six grossesses menées à bonne fin. Dans le mois de juillet 1879, la malade consulte pour des douleurs siégeant dans l'abdomen ; le médecin reconnaît la présence de plusieurs tumeurs, de la grosseur d'un œuf, et conseille le repos. A partir de cette époque, ces tumeurs augmentent de volume et s'accompagnent, de temps en temps, de quelques douleurs ; mais une sensation de pesanteur très gênante force souvent la malade à cesser tout travail ; son appétit diminue, de la diarrhée survient, ainsi qu'un peu d'amaigrissement ; puis, dans le courant de février, l'affaiblissement augmentant, elle entre dans le service de M. le Dr Peter. Après un séjour d'un mois, qui procure quelque amélioration, M. le Dr Barth, interne de ce service, dans la possibilité d'une intervention chirurgicale pour la tumeur abdominale, fait passer la malade dans le service de M. Polaillon.

Etat actuel. 4 avril. La peau est pâle, transparente, un peu jaunâtre. Le facies est amaigri, décharné. L'examen des poumons et du cœur ne révèle aucune lésion. L'abdomen présente un volume plus grand que celui d'une grosse femme à terme ; la peau de cette région est amincie et sillonnée de quelques veines. On constate une tumeur occupant une grande partie de la cavité, et remontant plus à droite qu'à gauche ; dure, bosselée, elle semble constituée par

l'agglomération de plusieurs tumeurs, d'inégale grosseur, et au niveau de la moitié gauche de l'abdomen on en circonscrit, en partie, une plus résistante et plus volumineuse que les autres. Dans les autres points, la sensation est variable : là, c'est une sensation de corps solide ; ici, la palpation éprouve moins de résistance ; pourtant, nulle part, on ne trouve la fluctuation d'une poche kystique. Dans toute l'étendue de la masse, existe de la matité, dont la ligne courbe supérieure, à concavité dirigée en bas, est surmontée de sonorité, due à la distension des intestins ; à droite, la matité se confond avec celle du foie.

La palpation ne réveille aucune douleur, et fait reconnaître la présence d'une notable quantité de liquide péritonéal. Si l'on cherche à imprimer quelque mobilité à la tumeur, on parvient à la déplacer un peu dans le sens transversal ; et, en plongeant ses doigts au-dessus de la symphyse pubienne, on la soulève, en même temps que l'extrémité des doigts repose sur une surface plane, qui n'est autre chose que la face antérieure de l'utérus. L'auscultation est négative.

Par le toucher vaginal, on constate que le col est situé sur la ligne médiane, et un peu remonté. Les culs-de-sac sont libres ; mais l'index, en refoulant le cul-de-sac antérieur, perçoit une masse volumineuse ; en arrière du col, il circonscrit facilement la face postérieure du corps utérin ; en outre, l'on sent une petite masse indurée, de la grosseur d'une fève, indépendante de l'utérus, et développée dans le tissu cellulaire, qui sépare la paroi rectale de la paroi vaginale.

L'utérus n'est pas entièrement immobile ; il est repoussé en arrière ; et les mouvements qu'on lui communique ne sont pas transmis à la main, qui repose sur la face abdominale de la tumeur. Le toucher rectal, en montrant le calibre de l'intestin réduit par compression de l'utérus, explique la constipation habituelle.

On ne relève aucun trouble de la miction, la vessie n'étant pas gênée par le développement de la tumeur. L'urine ne contient ni albumine, ni sucre. Les membres inférieurs sont le siège d'une infiltration modérée, de même que le membre supérieur gauche, et, dans ce dernier, la malade a ressenti pendant une dizaine de jours quelques douleurs. La palpation ne fait découvrir aucun cordon et n'est pas douloureuse pour le moment ; dans l'aisselle, de même que dans les aines, il n'existe pas de masses ganglionnaires indurées.

12 avril. Une ponction faite sur la ligne médiane, à 10 cen-

timètres de la symphyse, donne issue à 8 litres de liquide, et dans les deux jours qui suivent, il s'en écoule encore par la plaie restée béante 2 à 3 litres. Ce liquide est clair, jaunâtre, albumineux. — *Soir.* La malade se sent soulagée; elle respire plus librement; cependant, elle éprouve quelques picotements à la partie inférieure du ventre. Le pouls est bon, sans fréquence; la température sans élévation.

13 avril. *Matin.* Rien de spécial dans la nuit : le matin, la malade paraît abattue; la face est pâle, la respiration un peu fréquente, le pouls petit; la température est normale. Un peu de rougeur existe autour de l'orifice de la ponction. — *Soir.* Quelques douleurs dans le ventre. Malaise général. Refus de tout aliment. Pas de vomissements. Pas de frissons. Abattement : Pouls. 90. Temp. 38°.

14 avril. *Matin.* Mêmes douleurs spontanées et provoquées. — Prostration. — Pouls petit, fréquent, P. 110. T. 38° 6. — *Soir.* Prostration de plus en plus prononcée.

15 avril. Mort dans la journée.

AUTOPSIE, 24 h. après décès. — L'encéphale est indemne. Les poumons n'offrent aucune lésion. Les plèvres adhèrent par d'épaisses fausses membranes à la paroi thoracique. Le péricarde ne renferme point d'épanchement, mais, à son point de jonction avec le diaphragme, on trouve à sa surface une petite plaque dure, assez épaisse, de nature cancéreuse. L'examen du cœur ne révèle aucune altération.

Lorsqu'on a incisé la paroi abdominale, et qu'on a retiré un peu de liquide rougeâtre, la première chose qui frappe, est la rougeur du péritoine pariétal dans toute son étendue; elle est un peu plus prononcée dans la moitié inférieure et semble se continuer, au niveau de l'orifice de la ponction, avec l'aréole rouge cutanée qui circonscrivait cet orifice. Le grand épiploon est très adhérent à la tumeur sous-jacente; et plus l'on se rapproche de l'estomac, plus l'adhésion est intime avec tous les organes du voisinage; ce sont des traces manifestes de péritonite antérieure.

Le repli péritonéal enlevé, on a sous la main une volumineuse tumeur, remplissant une grande partie de la cavité abdominale. Elle s'est développée aux dépens de la moitié gauche du ligament large, dont les organes, trompe, ovaire, etc... sont perdus au milieu de sa masse; et elle est rattachée à l'utérus par un pédicule mince, peu vasculaire, d'une longueur de 4 à 5 centimètres, et d'une largeur qui mesure toute la hauteur de l'utérus. Le pédicule coupé, on détermine le poids de la tumeur, qui est de 13 livres.

Vue en totalité, elle offre une coloration blanche par places et rouge par d'autres, et est constituée par un certain

nombre de tumeurs solides, séparées à leur surface par des sillons peu profonds, et par des kystes, d'un volume variable, dont le plus gros ne dépasse pas le volume d'un œuf. Des coupes faites sur les masses solides montrent un tissu très dur, lardacé, criant sous le scalpel et ne donnant pas de suc. Sa couleur est blanc jaunâtre, et ces deux teintes sont disposées sous forme de bandes parallèles, alternativement blanches et jaunes, les premières présentant une largeur double des dernières. Si l'on incise les kystes, les uns renferment du liquide incolore, les autres du liquide sanguinolent.

Dans la moitié droite du ligament large, on trouve une autre tumeur, du volume du poing, son poids est de 200 grammes. On peut se faire une idée de sa forme irrégulièrement bosselée, en supposant adhérents les uns aux autres, par une partie de leur surface, une trentaine de marrons, d'inégal volume; en effet, elle est formée par la réunion de petites masses solides et liquides, les premières très dures, d'apparence fibreuse à la coupe, les secondes kystiques; et, au milieu de ces productions, il est impossible de découvrir aucunes traces de trompe et d'ovaire.

L'utérus ne présente aucune altération et est complètement indépendant des tumeurs développées dans le ligament large. Au-dessous et en arrière de la cavité de Douglas, on rencontre un petit noyau, dur, qui offre à la coupe la même apparence que les tumeurs précédentes : c'est ce noyau que l'on percevait par le toucher vaginal au fond du cul-de-sac postérieur.

Si, de la cavité pelvienne, on remonte vers la partie supérieure de l'abdomen, on note des traces de péritonite, qui font adhérer les unes aux autres les anses intestinales, et l'on tombe sur une tumeur, du volume d'un gros œuf, développée aux dépens de l'estomac. Cette tumeur adhère intimement au grand épiploon et à la face inférieure du foie; séparée de ces organes, elle appartient exclusivement à l'estomac. En incisant les parois de cet organe, on le trouve rempli d'un liquide noirâtre, et l'on peut voir toute sa région pylorique occupée par une masse ulcérée, de nature cancéreuse, qui circonscrit le pylore et les parois attenantes, dans une étendue de quelques centimètres, ce qui donne à la région l'aspect d'un canal de 4 à 5 centimètres de long. L'orifice pylorique, tout en présentant une diminution de calibre, n'est pas complètement obstrué et est dilatable. Au-dessous du pylore et en avant, existe une perforation, de date manifestement ancienne, et de la largeur d'une pièce de 0, 50 centimes, qui conduit dans la cavité stomacale. Les

adhérences qui, à ce niveau, existaient entre l'estomac, le grand épiploon et le foie expliquent pourquoi, bien que de date ancienne, cette ouverture n'avait pas donné lieu au passage des matières alimentaires dans la cavité péritonéale.

Le foie et les autres organes n'offrent pas de dégénérescence secondaire.

Les veines iliaques, fémorales et axillaire ne renferment pas de caillots : aussi ne doit-on pas rattacher l'œdème des membres inférieurs et du membre supérieur gauche à un phlegmatia alba dolens.

Examen histologique. Cet examen, dû à la bienveillance de notre collègue M. Bruchet, a montré que les deux tumeurs étaient du cancer, caractérisé par des alvéoles nombreuses et petites, remplies de cellules de toute forme, et limitées par d'épais tractus.

REMARQUES. — A l'autopsie de notre malade, une surprise pathologique nous est tombée sous les yeux ; au lieu d'une tumeur abdominale, on en a trouvé deux ; toutes deux de même nature, cancéreuses, l'une occupant l'appareil ovarien, l'autre développée dans l'estomac. Or, cette dernière n'ayant donné lieu à aucune manifestation, ne pouvait être reconnue : on était donc en présence d'un cancer latent de l'estomac. Ces cas de cancer latent ne sont pas très rares, et dans plusieurs monographies, entre autres dans la thèse du Dr Chesnel, le travail le plus complet et le plus récent que l'on possède, on en a publié un certain nombre d'observations : mais la plupart se rapportent à des cancers n'occupant pas les orifices ; aussi est-ce une des raisons, pour lesquelles l'affection ne se dévoile pas : cependant, on a fait un relevé d'une dizaine de cas, dans lesquels la dégénérescence portait sur la région pylorique ; c'est également ce qui s'est présenté pour notre malade, et s'il y a eu absence de manifestations, c'est probablement à cause de l'obstruction incomplète de l'orifice. Quant à la perforation : éloignée de tout vaisseau artériel important, comblée par les adhérences de voisinage, elle devait également passer inaperçue, c'est ce qui a eu lieu.

On peut encore se demander quel a été le point de départ de la diathèse cancéreuse ? Or, le doute ne paraît guère possible, si l'on songe aux adhérences très solides et très résistantes, qui entouraient la région pylorique, et qui

accusaient des poussées de péritonite ancienne, ainsi qu'aux caractères de la perforation, dont les bords indiquaient assez son ancienneté; nous rappellerons enfin, qu'en faveur de la priorité pour l'estomac, en cas de semblable généralisation, existent déjà de nombreux faits antérieurs.

Mais un dernier point reste à éclairer, c'est celui de la péritonite récente, que l'on a trouvée sur le feuillet pariétal, et qui, sans doute, a été la cause de la mort. Doit-elle être rapportée à la ponction? C'est probable : car, de la plaie faite par le trocart, est partie l'inflammation, qui a gagné le péritoine. C'est un des accidents de la paracentèse qui, quoique déjà signalé, mérite d'être relevé.

39. Absès du cervelet consécutif à une otite avec carie du rocher et pachyméningite caséuse; par Ch. TALAMON, interne des hôpitaux.

S... Catherine, âgée de 18 ans, caissière, entrée le 10 avril 1880 à l'Hôtel-Dieu, service de M. FRÉMY, suppléé par M. LABADIE-LAGRAVE. Écoulement de l'oreille gauche à l'âge de sept ans; la malade ne croit pas avoir eu la rougeole; elle ne sait à la suite de quoi cet écoulement s'est produit. Depuis lors, l'otorrhée a toujours persisté; parfois pourtant elle se supprimait et alors la malade devenait sourde du côté gauche et avait de la céphalalgie.

Il y a un an, fièvre typhoïde; elle est restée cinq mois malade et s'est remise lentement. A la suite de cette fièvre, depuis sept à huit mois, elle a fréquemment des *attaques épileptiformes* qui durent deux ou trois heures; elle tombe sans connaissance, se débat avec de l'écume à la bouche, puis tombe dans un sommeil comateux; elle a deux ou trois de ces attaques tous les soirs.

Il y a huit jours, douleurs violentes dans la tête et dans le cou, accompagnées de vomissements. Les douleurs étaient surtout vives dans le cou, « comme si, dit-elle, on lui torturait la nuque. » Elle vomissait tout ce qu'elle prenait. Obligée de s'aliter il y a trois jours.

Etat actuel. On l'apporte ce matin sur un brancard. Aspect typhique: prostration, abattement; lèvres sèches, croûteuses, langue rôtie. La malade, malgré cette prostration, a toute son intelligence, et répond très nettement aux questions. Elle se plaint surtout de la nuque et de la partie postérieure de la tête; elle a là comme des élancements, des battements très douloureux. Les mouvements de la nuque sont très gênés. Depuis deux jours, elle dit avoir des contractions

involontaires dans les doigts de la main droite, qui se ferme malgré elle. Pas de fourmillements, ni de douleur dans le bras. Aucun trouble de la vue; pupilles égales. Elle a vomi une fois le matin, dans le transport à l'hôpital. Constipation depuis le début de la maladie. Ventre plat, douloureux à la pression. Tousse un peu; respiration normale. Rien au cœur; pouls fréquent, avec quelques inégalités. Les urines sont claires et ne contiennent ni sucre ni albumine. T. S. 38°. L'écoulement de l'oreille gauche serait plus abondant, d'après la malade, depuis quelques jours, mais d'une manière intermittente; l'ouïe est diminuée de ce côté, mais non abolie. Douleur excessive à la pression de l'apophyse mastoïde.

11 avril. Insomnie. Se plaint toujours de la tête, dans la région occipitale. T. M. 37°.4. Dans la soirée, frisson violent; élancements dans la tête et dans la nuque. Un vomissement. T. S. 40°.

12 avril. Agitation dans la nuit, délire. Se plaint continuellement de la partie postérieure de la tête et de la nuque. L'oreille gauche coule abondamment. T. M. 38°.2. T. S. 39°.2.

13 avril. La glace appliquée sur le crâne a produit un peu de calme, mais ce matin, la malade accuse des élancements violents dans le derrière de la tête, qu'elle tient à deux mains, ne cessant de gémir et de pousser des cris violents. Le pouls est inégal et ralenti. Langue toujours sèche et crouteuse. T. M. 37°.4. Dans la journée, nouveau frisson. T. S. 40°.

14 avril. Continue à gémir; assoupissement interrompu par des cris aigus. Ce matin, extrémités froides, un peu cyanosées. T. M. 37°.4. Dans la soirée, crise douloureuse violente. Nous la trouvons à cinq heures, tenant sa tête de la main gauche; le côté droit de la face est agité de contractions spasmodiques, comme de grimacements convulsifs qui tirent en haut et à droite la bouche, l'œil, la joue. Mouvements convulsifs analogues de la nuque, qui soulèvent la tête de l'oreille par une sorte de mouvement rythmique et la fléchit sur la poitrine. Par moments, le bras droit s'étend, la main se ferme et se soulève, comme si elle montrait le poing à quelqu'un. Ces mouvements durent depuis près de deux heures. L'intelligence est intacte; elle répond aux questions d'une voix entrecoupée par les secousses. Convulsion de la tête. T. S. 40°,2.

15 avril. Les mouvements convulsifs se sont arrêtés hier soir vers huit heures. Le matin, demi-assoupissement, yeux clos, regard vague quand on soulève les paupières, pupilles dilatées et oscillantes. Pouls inégal, 52 pulsations. Elle a toute son intelligence, se plaint toujours de la douleur occi-

pitale et demande qu'on l'aide à mourir. T. M. 38°. T. S. 39°.

16 avril. Extrémités froides; coloration violacée des mains et des poignets, plus marquée à droite. Pouls inégal, ralenti. Yeux demi-clos; pupilles inégales, paresseuses, restant dilatées un instant, puis oscillant lentement sous l'influence de la lumière. T. M. 38°.8. — T. S. 39°.

17 avril. Etat semi-comateux, entrecoupé de gémissements et de cris aigus. Coloration violacée de la face dorsale des mains et des poignets. T. M. 37°.8. — T. S. 38°.2.

18 avril. Coma; connaissance abolie; extrémités glacées et violettes. T. M. 36°.8. — T. S. 37°. Mort à dix heures du soir.

AUTOPSIE faite 36 heures après la mort. — Les hémisphères cérébraux sont à l'état normal. Aucune trace de méningite, ni d'exsudat à la convexité du cerveau, non plus qu'à la partie antérieure de la base. Ventricules non dilatés. A la coupe, intégrité absolue de la substance cérébrale.

Mais, en enlevant l'encéphale au moment où on soulève la protubérance, on voit apparaître une couche verdâtre de pus qui baigne le mésocéphale et, de chaque côté, la face inférieure du cervelet. Le pus n'est pas infiltré dans les mailles de la pie-mère; il s'enlève facilement par le lavage. Les méninges, à ce niveau, sont rouges et congestionnées. La couche purulente, assez épaisse, s'étend du bord supérieur de la protubérance jusque vers le milieu du bulbe, et de chaque côté, sur la face inférieure des hémisphères cérébelleux, beaucoup plus épaisse sur l'hémisphère gauche.

A la coupe du cervelet, rien à droite. — A gauche, on tombe sur un abcès de la grosseur d'une grosse noix, formé d'un pus vert, visqueux, qui affleure la partie gauche de l'hémisphère; il paraît s'être rompu à ce niveau. Il n'y a pas de membrane limitante; le tissu du cervelet au pourtour est ramolli et diffluent.

A ce niveau, le cervelet est en contact avec une plaque de pachyméningite caséuse, de la largeur d'une pièce de un franc, hérissée de petits mamelons, jaunâtres et rougeâtres. Le sinus latéral gauche et le sinus pétreux supérieur sont oblitérés par des caillots fibrino-cruoriques. -- La dure-mère se décolle facilement des os sous-jacents au pourtour de cette plaque.

Le rocher est carié, friable; le bistouri en détache de petits débris osseux et des fragments de matière caséuse. On en enlève facilement avec le rachitome la plus grande partie, qui présente les mêmes caractères de friabilité et d'infiltration caséuse.

Poumons, très congestionnés; au sommet gauche, petit

nodule caséeux, de la grosseur d'une noisette. Imbibition cadavérique très marquée des valvules du cœur. Congestion intense du foie, de la rate, des reins. L'intestin est à l'état normal.

40. Croup. Trachéotomie. Ulcération de la trachée. Perforation du tronc artériel brachio-céphalique ; par Henri LEROUX, interne des hôpitaux.

Olivier Lucien, âgé de 4 ans, entre le 11 avril, à l'hôpital des Enfants malades, salle Saint-Jean n° 8, dans le service de M. LABRIC.

Il présente les signes caractéristiques du croup, et est opéré le 11 avril au soir. Les jours qui suivent l'opération, nous n'avons à noter que les deux points suivants ; pendant 2 à 3 jours, les pourtours de la plaie ont présenté une rougeur érysipélateuse.

Au bout de 3 à 4 jours, les crachats d'abord pseudo-membraneux, avaient été remplacés par une expectoration mucopurulente.

La courbe thermique prise après l'opération donne les résultats suivants :

12 avril	T.R.	matin.	40°.	soir	40°.2.
13 —	T.R.	—	39°.	—	39°.2.
14 —	T.R.	—	40°.2.	—	40°.
15 —	T.R.	—	38°.2.	—	39°.
16 —	T.R.	—	38°.4.	—	39°.
17 —	T.R.	—	38°.4.	—	39°.6.

Le 18, on trouve le malade avec une fièvre vive, 40°,6, une oppression très marquée, et une matité très nette au sommet gauche de la poitrine. Il y a donc là un point de pneumonie. T. R. soir 40°,3.

19 avril. Matin T. R. 40°,6. Même état général et local. Dans l'après-midi, l'enfant est pris soudain d'une hémorrhagie foudroyante, il rend du sang à flots par la canule, plus d'un litre en 5 minutes, et meurt.

AUTOPSIE pratiquée le 21 avril.

L'incision avait été faite au-dessous du premier anneau de la trachée et portait sur 5 anneaux.

Un caillot sort par l'orifice trachéal, se continue par deux branches bifurquées dans les grosses bronches, jusqu'au delà du hile pulmonaire. A la partie antérieure de ce caillot, on voit un petit prolongement qui se porte en avant, traversant les parois de la trachée.

La paroi antérieure du canal aérien présente une vaste

ulcération qui n'est séparée de la plaie due à l'incision que par un anneau ramolli, cette ulcération est disposée en fer à cheval, à concavité inférieure ; dans sa partie inférieure, elle est profonde, taillée à l'emporte-pièce. Au centre, sur la ligne médiane, se trouve un petit orifice, permettant le passage d'un fin stylet, et débouchant dans le tronc artériel brachio-céphalique, juste au-dessous de sa bifurcation en carotide primitive et sous-clavière. Pas de caillot dans ces artères. Coagulations sanguines dans les veines jugulaires internes, les troncs brachio-céphaliques, et la veine cave supérieure.

Nous devons noter que, au-devant de la trachée et descendant jusqu'à la limite supérieure de l'ulcération, se trouvait un cul-de-sac, avec décollement des parties molles prétrachéales dû à des essais réitérés pour introduire la canule.

L'examen de l'ulcération post mortem a montré qu'elle était due au frottement du bord antérieur et des bords latéraux de l'extrémité inférieure de la canule. Les canules employées sont toutes mobiles sur l'écusson qu'elles traversent.

41. Trachéotomie. Ulcération par la canule de la paroi de la trachée et du tronc brachio-céphalique artériel ; par P. BRUCHET, interne des hôpitaux.

Le nommé D. P., âgé de 32 ans, cocher, fait un premier séjour dans le service de M. le professeur VERNEUIL, aux mois de janvier et février de cette année ; il était, depuis plusieurs mois, atteint d'une sorte de laryngite qui, après avoir altéré la voix, avait peu à peu causé une grande gêne de la respiration : et c'est en raison de la dyspnée continuelle qu'accompagnaient un cornage bruyant et par instants des accès très menaçants de suffocation, que ce malade avait demandé son entrée à l'hôpital. M. Krishaber qui voulut bien pratiquer lui-même l'examen laryngoscopique confirma ce diagnostic de laryngite chronique avec tuméfaction considérable de la muqueuse laryngée, entraînant un rétrécissement très prononcé de l'ouverture glottique, réduite à une fente très minime. Le malade fut soumis au traitement antiphlogistique et à des applications révulsives répétées ; au bout d'un mois de séjour et de l'emploi de ces moyens, il était très amélioré et il se sentait en état de rentrer chez lui.

Il revenait nous trouver le 30 mars, dans un état plus inquiétant que jamais ; à la suite de fatigues et de tracas de toute sorte qu'il avait eu à subir pendant cet intervalle, la dyspnée avait de nouveau reparu plus violente encore que

la première fois : les efforts de l'inspiration produisaient du tirage à la base de la poitrine et le cornage existait aux deux temps de la respiration.

M. Verneuil fait appliquer aussitôt sur les côtés du larynx des sangsues, puis un vésicatoire, etc. Mais, le 2 avril, l'asphyxie étant devenue, malgré tout, imminente, la trachéotomie est décidée.

Cette opération se présentait dans des conditions particulièrement difficiles : le malade, en raison de cette dyspnée qui durait depuis plus de 8 mois, avait ses muscles inspirateurs auxiliaires en contraction pour ainsi dire permanente; ainsi, les sterno-mastoidiens étaient continuellement tendus et durs; il en était résulté une élévation de l'ouverture supérieure du thorax devenue également permanente, en même temps que, comme dans toute dyspnée, il y avait abaissement du larynx.

A elles deux, ces conditions avaient changé complètement les rapports de la trachée avec le cou, si bien que la fourchette sternale et le cartilage cricoïde se trouvaient à peu près au même niveau, et que, par conséquent, la trachée était inabordable. De plus, les gros vaisseaux du cou avaient sans doute été déplacés, car bien qu'il n'y eût aucun signe d'anévrysme, tout autour du larynx et au-devant de lui, surtout immédiatement au-dessous de la fourchette sternale, on percevait des pulsations artérielles très fortes.

La laryngotomie intercrico-thyroidienne, remise en honneur par M. Krishaber et que M. Verneuil avait l'intention de pratiquer, devenait presque de nécessité.

M. Verneuil fait l'incision des parties molles, seulement, au thermo-cautère, il ne s'écoule pas une goutte de sang et on put voir distinctement au fond de la plaie le larynx descendre et monter à chaque effort d'inspiration et d'expiration.

L'espace intercrico-thyroidien se trouvant beaucoup trop étroit chez ce malade, la laryngotomie fut complétée par l'incision au bistouri, non seulement de la membrane crico-thyroidienne, mais du cartilage cricoïde et des deux premiers anneaux de la trachée que M. Verneuil put aborder en plongeant son doigt derrière la fourchette sternale — étant donné le rapprochement de tous les espaces inter-cartilagineux, comme on peut le constater sur la pièce, cette ouverture fut juste suffisante pour admettre une canule d'adulte.

Aussitôt l'introduction faite de la canule, la respiration devint facile et complète et, pendant toute la semaine qui suivit l'opération, le malade fut aussi bien que possible.

Le 10 avril, il est pris brusquement, au moment de la visite, d'une hémorrhagie considérable : le sang est rendu à la fois par la canule, par la bouche et même par les narines ; il est rejeté à très court intervalle avec un petit effort de toux ou simplement d'expulsion. Par l'irrigation froide de la poitrine, M. Verneuil parvient à arrêter cette hémorrhagie, — après avoir enlevé la canule, et s'être assuré que le sang ne venait pas de la plaie.

Le malade resta assez calme jusqu'au soir à 7 heures, à ce moment l'hémorrhagie reparaît et si foudroyante qu'il succombe avant qu'on eût pu lui porter aucun secours.

Nous n'avons pas été autorisés à faire l'autopsie complète, mais nous avons pu enlever le larynx et la trachée avec les gros vaisseaux qui leur sont appliqués, la crosse de l'aorte et ses branches de division.

En examinant les rapports de ces vaisseaux avec le tube laryngo-trachéal, nous avons eu l'explication des battements artériels si violents qu'on sentait autour du larynx et qui imprimaient à la canule, comme à un levier de sphymographe, des mouvements très prononcés. — La crosse de l'aorte athéromateuse et légèrement dilatée sans anévrysme, remontait très haut au-devant de la trachée ; son bord supérieur, ainsi que celui du tronc brachio-céphalique qui s'en détache à angle droit, ne sont qu'à 3 centimètres du bord inférieur du cartilage cricoïde, à un centimètre environ de l'extrémité inférieure de l'incision faite à la trachée.

De plus, cette incision est prolongée et continuée par une large perte de substance moulée sur la canule, produite par une ulcération de toute l'épaisseur de la paroi de la trachée, sous la pression de la canule, augmentée évidemment par l'action du cartilage cricoïde, dont les deux moitiés de l'arc séparées par cette canule et fait sur élastiques, tendaient constamment à se rejoindre et ainsi à refouler le tube métallique en bas ; si bien que celui-ci avait fini par reposer sur le tronc brachio-céphalique au moment où il croise la trachée.

C'est ainsi que s'est produite une ulcération de ce gros vaisseau qui présente, sur sa face antérieure et près de la naissance de la carotide primitive, une perte de substance du diamètre d'une lentille, par laquelle s'est faite l'hémorrhagie qui a tué notre malade. Nous devons ajouter que les tuniques de l'artère nous ont paru absolument saines et que c'est bien au contact de sa paroi peu à peu dénudée, avec le corps étranger constitué par la canule, qu'est due l'altération dont elle a été le siège.

Quant à la lésion qui avait donné lieu à la dyspnée, elle

nous a paru siéger à la fois dans les replis aryténo-épiglotiques, manifestement épaissis, et surtout dans la muqueuse même du larynx qui était rouge, tuméfiée, et rétrécissait considérablement l'orifice de la glotte.

Il n'y avait rien dans le médiastin qui pût comprimer les récurrents, en sorte que l'affection semble bien avoir été une laryngite primitive, non tuberculeuse.

42. Gastrite chronique ulcéreuse d'origine toxique. — Inanition, tuberculose pulmonaire acquise. — Pneumothorax ; par M. Alph. ROBERT, interne des hôpitaux.

Le nommé Nolais, Louis, âgé de 32 ans, marchand ambulancier, entré le 1^{er} janvier 1880, salle Saint-Philippe, lit n° 6, service de M. Bucquoy, à Cochin. — Pas d'antécédents héréditaires.

Cet homme, qui n'avait jamais été malade auparavant, avala par mégarde, le 10 mars 1879, un verre d'acide nitrique. Il tomba foudroyé et resta toute la nuit sans secours, vomissant du sang. Admis à la Pitié, il fut soigné chez M. le D^r Lancereaux pour une gastrite toxique suraiguë qui avait suivi l'accident. Plus tard, il dut entrer chez M. le professeur Verneuil, où il fut soumis à une dilatation progressive nécessitée par des symptômes de rétrécissement de l'œsophage.

Il sortit de l'hôpital au commencement du mois d'août, souffrant toujours de l'estomac. Il essaya alors de reprendre ses occupations, mais, incapable de tout travail régulier, il est forcé de se reposer de temps en temps. Les fonctions digestives ne s'exécutaient pas normalement, tant s'en faut : le vin devenant aigre aussitôt ingéré, il ne prenait que du lait et du bouillon avec un peu de viande.

Il y a un mois, sous l'influence du froid (à ce que dit le malade), et aussi de la fatigue, il se remit à vomir et le lait même ne se digérait plus. Crises gastralgiques par intervalles.

Vers le 25 décembre, il est pris de vomissements de sang en caillots ; en même temps les douleurs augmentent notablement ; il entre à Cochin le 1^{er} janvier. Aspect profondément cachectique (il dit avoir maigri de 80 livres environ).

Langue blanche et saburrale. Le malade rend une quantité considérable de liquide filant et pituiteux assez clair. Par le cathétérisme œsophagien, on constate un double rétrécissement très relatif (car il admet des sondes assez volumineuses), l'un au voisinage du cardia, l'autre au-dessous de l'anneau cricoidien. L'estomac, visiblement dis-

tendu, forme une saillie très reconnaissable à l'épigastre et empiétant sur les deux hypochondres; la percussion confirme les présomptions basées sur l'injection. Douleur assez vive au palper de la région épigastrique. Dans les crises, les douleurs spontanées irradient dans l'hypochondre et l'épaule gauches. Bruit de glou-glou manifeste.

Le foie est, pour ainsi dire, insensible à la percussion. Un fait également remarquable, c'est l'affaissement des deux fosses iliaques et de la région ombilicale, qui semble indiquer que l'intestin n'ayant plus de rôle en quelque sorte dans la digestion, est revenu sur lui-même d'une façon considérable. Constipation très opiniâtre. Urines rares et claires, presque toujours suspendues pendant les crises douloureuses.

Le diagnostic est gastrite ulcéreuse chronique, d'origine toxique, avec des symptômes très atténués de rétrécissement de l'œsophage. — Traitement. Lavages avec de l'eau de Vichy deux fois par jour. Diète lactée.

L'appareil Faucher est mis en usage, mais le malade, à cause de la légère diminution du calibre œsophagien, est forcé de se passer une assez grosse olive pour déglutir ensuite facilement le tube de caoutchouc que comporte cet appareil.

Dès le 6 janvier, le malade mange un peu de pain dans du lait.

8 janvier. Après le lavage alcalin, second lavage avec une solution de chloral au 1/1000 dans le but de combattre les fermentations qui donnent aux liquides issus de la cavité stomacale une horrible fétidité.

9 janvier. A partir d'aujourd'hui, le malade prend deux œufs crus dans du bouillon. L'intestin reprend son volume normal.

10 janvier. Première pesée : 54 kilogr.

17 janvier. L'amélioration a été telle que le malade pèse 56 kilogr.

18 janvier. Un peu de viande finement hachée a été bien digérée.

20 janvier. Léger malaise. Nolais se met à tousser.

25 janvier. Depuis que le malade mange de la viande, il digère moins facilement, les fermentations redeviennent plus acides que jamais, malgré des lavages au chloral à 1/300. De plus, les liquides ramenés de l'estomac, mal digérés après le premier lavage, augmentent de quantité; le lait même est incomplètement digéré. La constipation reparaît. Le poids total a baissé d'une livre depuis huit jours : 55 kilogr. et demi.

26 janvier. On cesse donc le régime azoté pour revenir au lait seul.

Deux pesées pratiquées le 7 et le 14 février montrent que le malade est retombé au poids de 54 kilogr. et s'y maintient.

16 février. Le malade toussant toujours, on l'examine avec soin ; l'examen révèle des signes évidents de tuberculose aux deux sommets, prononcés surtout à droite (sub-matité, râles sous-crépitaux fins, etc.). Craquements secs et humides à gauche. Affaiblissement rapide. Sueurs la nuit.

22 février. Un peu de poussière noire, analogue à de la suie, se voit dans le liquide que ramène le siphon stomacal de Faucher.

1^{er} mars. La cachexie s'accuse de plus en plus. Toux fréquente, expectoration muco-purulente.

Râles sous-crépitaux aux deux sommets, plus gros à droite.

Pendant le mois de mars, la tuberculose continuait son évolution assez rapidement. Rien cependant ne faisait prévoir que le terme fatal était proche, lorsque la dyspnée s'accuse considérablement le 28 mars. Interrogé, le malade dit souffrir d'un point de côté qui a débuté déjà depuis deux ou trois jours.

M. Bucquoy constate une distension considérable avec immobilité de la partie gauche du thorax. Tympanisme. Pour abréger, disons que l'on trouve, sauf le tintement métallique, tous les signes d'un pneumothorax étendu à toute la cavité pleurale gauche, en avant comme en arrière. Le bruit de flot manque aussi ; il n'y a pas de liquide. — Nous succombe le 30 mars au matin.

AUTOPSIE le 31 mars.

Tube digestif. Saillie des glandules de la base de la langue, glandules confluentes qui sont entourées de veinosités variqueuses très développées. Dilatation très accentuée des veines des parois latérales du pharynx. Sur la face postérieure de l'épiglotte, vascularisation qui paraît récente et semble devoir se rattacher à la tuberculose.

Tout le long de l'œsophage, pas d'autres lésions que ça et là quelques marbrures. Cependant, à la partie supérieure du canal, vers l'anneau cricoïdien, la muqueuse présente un aspect blanchâtre, cicatriciel ; mais la lésion n'entame pas le derme muqueux.

Avant son ouverture, l'estomac offrait l'aspect d'une outre immense, à grand diamètre oblique en bas et à droite, occupant l'épigastre, la région ombilicale et les deux hypo-

condres. Les mensurations donnent pour le grand axe 0,35 centimètres et 0,24 pour le petit, perpendiculaire au précédent.

A l'incision de l'organe, on le trouve rempli d'une quantité énorme de liquide, sorte de bouillie blanc-grisâtre, renfermant des grumeaux caillébotés de lait imparfaitement digéré. Ça et là dans ce liquide, mais en très petit nombre, quelques flocons gris noirâtres de sang transformé. — Il y a en tout deux litres de liquide. Au milieu de la petite courbure existe une ulcération en forme de cœur de carte à jouer, des dimensions d'une pièce de 5 francs, entourée de bords indurés, saillants, formés par des fibres musculaires. Le fond de l'ulcère est séparé de la séreuse par un lit encore épais de fibres musculaires, il est inégal et irrégulier.

La petite courbure n'est pas augmentée de longueur dans son ensemble.

Le pylore présente un rétrécissement des plus accentués avec hypertrophie des fibres musculaires. Non seulement l'anneau pylorique lui-même, mais la partie voisine du duodénum forme une sorte de canal étroit d'une longueur de 3 à 4 centimètres. La circonférence mesure 3 centimètres à peine. Du côté de la cavité stomacale, un repli de la muqueuse forme en quelque sorte valvule. Amincie et incomplète, elle n'est que le vestige de la disposition normale. Au niveau de l'entrée du rétrécissement, qui est allongé, comme nous l'avons dit, existent deux petites érosions hémorragiques.

Dans tout le reste de l'organe, il y a également hypertrophie des fibres musculaires, mais nulle part celle-ci n'est plus considérable qu'au voisinage de l'ulcération. L'aspect normal des mamelons et des sillons de la muqueuse gastrique ne se retrouve qu'avec peine et par points isolés. Ce n'est pas qu'il y ait eu autodigestion, mais il y a plutôt une sorte de *macération* de la muqueuse au milieu d'un enduit gélatineux, épais, qui la recouvre partout et qui est évidemment d'origine muqueuse. Sous un filet d'eau cette substance visqueuse se dissocie en longs filaments.

Ça et là des arborisations marbrées courent sous la muqueuse, mais il est difficile de discerner si c'est là un aspect normal ou une apparence cadavérique. A gauche de l'ulcération, érosion hémorragique.

En somme, l'amplication excessive de l'organe s'est effectuée presque exclusivement au dépens de la grande courbure et des deux faces.

Le foie, gras, pèse 1,600 gr.

Pas de lésion apparente de l'intestin grêle.

Appareil respiratoire. A gauche, pneumothorax dont il n'a pas été possible de retrouver la source, la fistule ayant échappé aux recherches. Le poumon adhérent au sommet est réduit à un moignon informe, du volume du poing, et présente au sommet des groupes de tubercules à l'état de crudité. Dans les 2 tiers inférieurs de l'organe, quelques tubercules tout à fait isolés et très rares.

A droite, poumon farci de tubercules dans toute son étendue. Le lobe supérieur est absolument encombré dans toute sa hauteur; il présente à la coupe des ilots de bronchopneumonie tuberculeuse, à la période caséeuse. Un bon nombre sont déjà ramollis — quelques cavernes. Les lobes moyen et inférieur ne présentent pas de cavernes, mais des tubercules crus agglomérés au milieu d'un tissu fortement congestionné.

Le cœur est petit. — Rien à noter.

Rein droit. Substance corticale un peu jaunâtre, ramollie, grasseuse. Au milieu de l'une des pyramides existe un petit point blanc jaunâtre, du volume d'une lentille, entouré d'une légère zone d'hyperémie et qui paraît être un tubercule.

A gauche, aspect grasseyé encore plus accentué.

RÉFLEXIONS. — Nous ne pouvons pas insister longuement sur ce fait intéressant, auquel M. le D^r Bucquoy a consacré deux leçons cliniques qui seront publiées.

Cependant, il importe de mettre en lumière les points saillants de cette observation.

Chez un malade ayant avalé par accident un verre d'acide nitrique, nous notons :

- 1° L'absence de rétrécissement œsophagien ;
- 2° Une gastrite catarrhale avec un *ulcère* siégeant au milieu de la petite courbure. Au voisinage, une hypertrophie musculaire considérable, paraissant avoir produit par sa propagation au pylore un rétrécissement de cet orifice ;
- 3° Donc *rétrécissement* canaliculé du pylore ;
- 4° Enfin, une *dilatation* énorme de l'estomac, relevant sans doute primitivement de la lésion stomacale elle-même, mais certainement entretenue et accrue par le rétrécissement de l'orifice pylorique.

43. Thrombose du tronc veineux brachio-céphalique gauche ; par M. Alph. ROBERT, interne des hôpitaux.

La nommée X., entrée à l'hôpital Cochin, au mois de mars. Mère morte de fausse couche, père actuellement malade d'une affection de foie. Réglée à 13 ans facilement, elle a fait une fausse couche à 22 ans. Il y a huit ans, pleuro-pneumonie du côté gauche, depuis laquelle elle souffre de battements de cœur. A la fin de décembre 1879, elle fut prise de douleurs vagues avec faiblesse des membres inférieurs qui fléchissaient sous elle. Ces accidents eurent une durée de quinze jours environ. Vers la fin de janvier, pleurésie droite (?) qui aurait duré cinq à six semaines. Comme elle n'eut jamais qu'une expectoration très abondante, il n'y eut peut-être alors que de la bronchite ou de la congestion pulmonaire. Dans sa convalescence, les douleurs reparaissent. Enfin, depuis trois semaines, elle est atteinte d'un œdème qui a débuté par le membre supérieur gauche. Les jambes se sont prises ensuite en commençant par les chevilles. Palpitations et dyspnée. Ajoutons que les règles ont complètement cessé depuis deux mois.

Etat actuel. Facies propre des affections du cœur avancées, lèvres cyanosées, dyspnée considérable. Œdème très marqué des membres inférieurs et de la paroi abdominale. Cette œdème présente quelques particularités, il est dur, résistant, rosé par places et dans les mêmes points très douloureux au toucher, notamment sur la paroi abdominale, il y a du côté droit, une large plaque rosée très douloureuse. Degré très médiocre d'ascite. En revanche, le foie très développé dépasse de beaucoup le rebord des fausses côtes ; la palpation y est péniblement ressentie.

Ce qui frappe surtout, c'est un œdème considérable du membre supérieur gauche, tandis que le droit est tout à fait normal. Il y a concurremment une légère tuméfaction de la moitié gauche de la face et, en même temps, une distension de la veine faciale remontant jusqu'à l'angle interne de l'œil droit. La malade, interrogée plusieurs fois à cet égard, a toujours répondu qu'elle portait depuis son enfance ces veines dilatées.

L'auscultation du cœur ne fournissait que peu de renseignements. A la pointe, vers l'aisselle, les bruits valvulaires étaient entendus normaux, mais sourds. Irrégularités et inégalités fréquentes. Par instant, redoublement du second bruit. En dedans, près du sternum, souffle systolique profond, assez intense d'insuffisance tricuspidale. Cœur hypertrophié, pointe abaissée. Rien à la base, cependant,

le tracé sphygmographique présentait une ligne d'ascension presque verticale suivie d'un crochet mal dessiné. Polycrotisme léger. Ces signes peu capables de rendre compte d'une asystolie aussi avancée, semblaient plutôt cadrer avec un rétrécissement mitral suivi d'insuffisance tricuspide secondaire.

Revenant à l'examen du cou, on sentait la veine jugulaire interne sous la forme d'un cordon noueux et rénitent. Il y avait aussi quelques veinules distendues sur la partie gauche de la paroi thoracique antérieure. Congestion intense des deux poumons à la base. Dyspnée et toux fréquente avec expectoration assez abondante, spumeuse, diffluente, un peu jaunâtre.

Urines rares (3 à 400 gr.), colorées, sans albumine. En présence de ces symptômes, M. le Dr Bucquoy porte le diagnostic : Oblitération du tronc veineux, brachio-céphalique gauche, par thrombose ancienne. Du côté du cœur, rétrécissement mitral probable.

Traitement. 20 gr. eau-de-vie allemande, julep avec 0,75 cent. de teinture de digitale, diète lactée.

24 mars. L'amélioration a été lente à se produire, la dernière notamment se relève à grand'peine et ne dépasse pas 6 à 800 grammes. La dyspnée est même très forte, mais le foie a diminué et le ventre est moins tendu.

26 mars. Le mieux être n'a pas duré ; l'œdème du membre supérieur gauche a beaucoup augmenté ; l'abdomen est redevenu dur et sensible.

Le cœur est plus calme cependant.

Les nuits sont toujours pénibles et la malade ne peut dormir que par intervalles, soutenue par des oreillers. Elle était à peu près dans le même état, s'aggravant insensiblement, lorsque, le 31 mars, vers midi, elle s'affaissa brusquement sur son lit, en causant avec une voisine.

AUTOPSIE, le 2 avril. — *Appareil circulatoire.* Sur place, on remarque un rétrécissement notable du tronc veineux brachio-céphalique gauche, au confluent des veines jugulaire interne et sous-clavière. Au-dessus, la veine jugulaire interne est distendue dans toute sa hauteur et ressemble à une sangsue gorgée de sang. Le vaisseau est rempli d'un sang demi-fluide ; plus haut, là où il reprend son calibre normal, sa lumière est obstruée par un caillot assez ferme qui se prolonge jusqu'à la naissance du tronc linguo-facial, où il a été coupé. Ce caillot ne paraît pas être de nature agonique.

La veine cave supérieure est perméable au sang dans toute son étendue. Le tronc veineux brachio-céphalique

gauche présente dans son intérieur un sang épaissi, analogue à du raisiné, et qui s'écoule lentement à l'incision ; il était retenu dans le vaisseau par un caillot réticulé qui se termine à l'origine de la veine cave supérieure. Dans la partie supérieure du tronc, au niveau du point rétréci, est un caillot fibroïde, résistant, adhérent aux parois musculaires de manière à former un nodus qui oblitère complètement le confluent de la jugulaire interne et de la sous-clavière. Il se prolonge même quelque peu dans l'intérieur de la jugulaire et l'on retrouve à la coupe, sous forme d'une petite ligne blanchâtre aboutissant aux parois de la veine, la valvule qui existe normalement sur ce point. Si le tronc brachio-céphalique est tout à fait libre en avant, à sa partie postérieure il est tout à fait adhérent aux tissus voisins, et il a fallu en quelque sorte le sculpter pour isoler sa paroi de quelques gros ganglions adjacents.

La veine sous-clavière gauche est épaissie et revenue sur elle-même ; elle est occupée par un caillot dont le centre s'est ramolli et dont les parties périphériques feuilletées n'adhèrent pas aux parois veineuses. Celles-ci sont épaissies, indurées, manifestement malades, le calibre du vaisseau est fortement diminué et cela jusque sous la clavicule, au point où la section a été pratiquée.

Cœur. A droite, rien qu'un léger épaississement du bord libre de la valvule tricuspide.

A gauche, rétrécissement mitral par fusion valvulaire, tellement accusé qu'on a peine à y introduire la pulpe du doigt. La circonférence de l'orifice ne mesure pas 4 centimètres ; les lames valvulaires sont très épaissies ; dépôt calcaire à droite. Le ratatinement des tendons valvulaires est porté à ce point que l'orifice descend jusqu'à l'insertion musculaire des tendons qui ont presque disparu. L'orifice est abaissé de 3 centimètres au moins.

Orifice aortique. Les valvules paraissent suffisantes. Elles sont un peu malades cependant ; légèrement boursouflées, épaissies, un peu ratatinées dans l'ensemble de leurs dimensions.

Les parois du ventricule gauche sont fermes, leur épaisseur est de 12 à 14 millimètres. A droite, il y a aussi un peu d'hypertrophie, 5 à 6 mill. à la base du ventricule, 7 à 8 à la pointe.

Poumons. Pas d'embolie dans les grosses branches de l'artère pulmonaire.

Gros ganglions interbronchiques et pulmonaires pigmentés.

A gauche. Poumon oedématié, congestionné, avec em-

physème du sommet : pas de tubercule. Emphysème du bord antérieur.

Dans les lobes inférieurs, on trouve disséminés un certain nombre de petits infarctus déjà anciens.

Dans chaque plèvre un litre de sérosité environ. Fausses membranes lâches de chaque côté.

Foie volumineux, dur, criant à la coupe (foie cardiaque).

Reins. Les deux reins présentent également une augmentation de volume et de la résistance au scalpel. Infarctus ancien d'un côté, occupant sur la surface de l'organe un espace d'un centimètre carré au moins. Sur le même rein, autre infarctus plus petit, ayant, comme le premier, annihilé une certaine étendue de la surface rénale.

Le cerveau n'a pu être examiné.

M. POULIN demande si la thrombose ne pourrait pas être attribuée à une périphlébite déterminée par la pleurésie dont la malade a été autrefois atteinte.

M. CHARCOT fait remarquer que la phlébite adhésive s'observe chez les rhumatisants et que le cœur du sujet peut permettre de supposer qu'il a été atteint de rhumatisme.

Séance du 30 avril 1880.

PRÉSIDENCE DE M. RENDU.

44. M. DOLÉRIS présente un *kyste hydatique suppuré du foie* ayant déterminé une infection purulente avec arthrites suppurées, infarctus dans les reins et la rate ; on n'a pas trouvé de pus dans les veines du foie, et il n'y avait que des lésions peu marquées d'endocardite. Pendant la vie, on avait pu croire à l'existence d'une fièvre typhoïde, mais l'intestin ne présentait aucune lésion.

M. KIRMISSON dit qu'il a vu un cas d'infection purulente dans le cours d'une fièvre typhoïde.

M. MOUTARD-MARTIN fait remarquer qu'il n'y a pas d'abcès dans les poumons ; la petite circulation devrait pourtant être la première atteinte.

45. Myôme hydrorrhéique de l'utérus. — Ablation d'un polype utérin. — Péritonite purulente. — Mort. Autopsie; par BERTHAULT, interne des hôpitaux.

La nommée Delz... âgée de 52 ans, entre le 30 juin, salle Sainte-Rose, n° 1, service de M. TRÉLAT.

Femme maigre, de petite taille, se portant ordinairement bien. Sa mère est morte d'un cancer de l'utérus à l'âge de 41 ans. Apparition des premières règles à l'âge de 12 ans. Menstruation régulière. Mariage à 17 ans. Cette femme a eu six grossesses. L'une de ces grossesses, l'avant-dernière, s'est terminée par une fausse couche. Les cinq autres se sont terminées par un accouchement à terme. La dernière grossesse a eu lieu il y a 14 ans. L'accouchement a été facile mais suivi d'une hémorrhagie considérable, facilement arrêtée. La guérison a été plus lente qu'après les autres accouchements.

Pendant cinq ou six ans, les règles ont été plus abondantes qu'auparavant. Au bout de ce temps, la malade a éprouvé des douleurs abdominales et a commencé à s'affaiblir un peu. Elle consulta, à cette époque, Nélaton qui constata, dit-elle « un commencement de tumeur ». Pendant trois ans, augmentation de volume du ventre et douleurs abdominales. Elle entre alors dans le service de M. Richard, à l'hôpital Beaujon, où elle reste un mois. M. Richard reconnaît l'existence d'une tumeur et parle d'opération sérieuse. La malade effrayée quitte l'hôpital et ne revient pas. Pendant son séjour à l'hôpital Beaujon, elle a eu une métorrhagie assez abondante. Après, elle a eu de fréquentes métorrhagies (trois ou quatre par mois), et son ventre a continué à grossir. Cette augmentation de volume du ventre a cessé, il y a trois ans. Il y a quatre ans, apparaît l'écoulement par le vagin d'un liquide souvent trouble, bleuâtre, parfois limpide, verdâtre. La quantité du liquide expulsé était variable, souvent égale à trois ou quatre cents grammes. L'expulsion du liquide avait lieu à des époques variables. Pendant que la malade était dans le service de M. le professeur Trélat, il y a eu des périodes de deux semaines à deux mois pendant lesquelles l'émission de ce liquide manquait complètement. Ce liquide a été examiné à plusieurs reprises. Il était glutineux, collant comme une solution de gomme, très riche en albumine. Il renfermait des globules de pus, des globules de sang, des éléments épithéliaux appartenant aux différentes parties du conduit génital et ne caractérisant aucune production pathologique.

L'écoulement de ce liquide se faisait ordinairement sans

douleur aucune et souvent sans avertissement aucun, la malade était tout d'un coup inondée. Parfois, cependant, des sensations particulières la prévenaient que le liquide allait être expulsé. Entrée dans le service de M. le professeur Trélat le 30 juin 1879. Examen au spéculum trois semaines après.

Toucher vaginal. Vagin libre, très profond, col utérin élevé, peu saillant, mince, n'admettant que l'extrémité de l'hystéromètre qui ne peut pénétrer dans la cavité utérine.

Tumeur abdominale dépassant l'ombilic, située surtout du côté droit de l'abdomen, régulièrement arrondie, d'une mollesse particulière, pseudo-fluctuante, fluctuante même, pour quelques-uns de ceux qui ont examiné la malade.

Diagnostic. Kyste tubo-ovarien ou ovarien, en communication avec la cavité utérine, et constitué par plusieurs alvéoles dont la rupture donnerait lieu à l'écoulement d'un liquide particulier. Le séjour à l'hôpital apporta une modification dans l'état général de la malade, qui reprit son humeur gaie et son appétit d'autrefois. Les métrorrhagies peu abondantes et l'émission du liquide l'incommodaient fort peu. Cet état dura quelques mois.

Au mois d'octobre, en examinant la malade, M. Trélat put introduire l'hystéromètre tout entier dans la cavité utérine. Il pensa alors que le kyste, en se développant, avait déterminé un allongement de l'utérus et il expliquait ainsi l'agrandissement de la cavité utérine, indiqué par l'exploration à l'aide de l'hystéromètre.

Après cet examen, la malade a eu une hémorrhagie légère; puis, pendant deux mois l'utérus n'a laissé écouler autre chose que le liquide qui était devenu fétide. Vers le mois de décembre apparaissent des écoulements sanguins, légers et fréquents accompagnés de tranchées utérines avec expulsion de caillots. Les douleurs abdominales deviennent violentes, il y a des vomissements, de la diarrhée. Ce qui indique une poussée inflammatoire autour de l'utérus.

Le 3 mars, M. Terrier examine la malade que M. Trélat n'avait pas examinée depuis quelque temps, parce qu'elle avait eu de petites poussées de péritonite, à diverses reprises. M. Trélat et M. Terrier constatent alors la présence dans le vagin d'une tumeur de la grosseur du poing. Cette tumeur remplissait le vagin, et à cause de sa grosseur rendait l'exploration difficile. Il était évident qu'on se trouvait en présence d'un polype fibreux engagé dans le col utérin. Malgré le déplacement de ce polype, la tumeur abdominale n'avait pas diminué de volume.

Nouvel examen six jours après; M. Trélat reconnaît le

col utérin entourant le polype, mais il ne peut arriver jusqu'à son point d'insertion. Après cet examen, nouvelle pousse de péritonite.

Le 23 mars, M. Trélat se décide à enlever le polype. Quelques mouvements de tension ont suffi pour le détacher. Après l'ablation du polype, M. Trélat a exploré la cavité utérine. Il l'a trouvée agrandie mais libre, et il a constaté la présence d'un énorme myome dans la partie droite de l'utérus. Poids du polype 300 grammes.

Consécutivement à cette opération, il s'est développé une péritonite aiguë et la malade est morte le 26 mars à neuf heures du soir.

AUTOPSIE pratiquée le 28 mars.

Poumons légèrement congestionnés aux deux bases. Reins congestionnés.

Foie gros (foie muscade à coloration citrine).

Péritoine injecté et présentant par place des suffusions sanguines.

Un grand verre de pus dans la cavité péritonéale.

Une petite cuillerée de pus dans la gaine du psoas iliaque gauche. Adhérences anciennes constituées par de nombreux tractus fibreux et cellulieux unissant la face antérieure de l'estomac à la face antérieure du foie et à la vésicule biliaire.

Membranes larges et minces ou étroites et arrondies, en forme de cordons organisés très vasculaires, unissant les anses de l'intestin grêle entre elles, avec le péritoine pariétal, avec l'S iliaque, le côlon transverse et même avec la trompe droite et la face postérieure du ligament large correspondant.

Utérus très augmenté de volume, de forme ovoïde, à grosse extrémité tournée en haut. (Poids 750 grammes).

La surface externe est régulière lisse et saine, mais sa forme et sa disposition anatomiques sont beaucoup modifiées par la présence d'une tumeur développée dans la paroi latérale droite. C'est ainsi que la trompe droite, allongée et étalée, commence au sommet de l'utérus, tandis que la gauche naît du tiers supérieur du bord gauche de l'utérus. La trompe droite mesure 10 centimètres, tandis que la gauche mesure 13 centimètres.

Les ovaires sont sains.

La cavité de l'utérus, ouverte par sa face antérieure, est notablement agrandie et déformée. Elle est repoussée à gauche par la tumeur développée à droite. Elle est limitée par deux parois, une antérieure qui regarde en arrière et à droite, et une postérieure qui regarde en avant et à gauche.

La paroi antérieure est fortement concave pour s'appliquer sur la paroi postérieure rendue convexe par la saillie de la tumeur. En haut, la cavité utérine se termine en pointe au niveau de l'orifice de la trompe droite. En bas, elle se continue avec la cavité du col par un orifice assez large. L'orifice de la trompe gauche se trouve sur la paroi antérieure qui présente, au voisinage du bord droit de la cavité, une petite tumeur du volume d'une amande. Cette tumeur n'est autre chose que le pédicule du polype enlevé le 23 mars. Hauteur de la cavité utérine, 16 centimètres. Le col utérin a 5 centimètres de longueur. Sa limite inférieure est marquée seulement par un rebord saillant, on dirait un col utérin après l'accouchement. La paroi utérine a 2 centimètres d'épaisseur, et, au niveau du col, diminue graduellement de volume.

La tumeur qui occupe la partie droite de l'utérus est très volumineuse et à peu près sphérique (diamètre 15 à 16 centimètres). Elle est comprise dans l'épaisseur de la paroi utérine dédoublée, et formant une enveloppe épaisse de un centimètre à peu près. Elle est constituée par une partie supérieure solide, hémisphérique, ayant l'aspect d'un myome très vasculaire (c'est un myome télangiectasique), et par une partie inférieure cavitaire renfermant le liquide séro-sanguinolent. Cette cavité ou géode est anfractueuse et tapissée par des membranes d'apparence fibreuse, finement découpées et en partie disposées en colonnes. Il n'y a pas de communication entre cette cavité et la cavité utérine. Une partie du myome, à droite, tendait à s'isoler du reste de la tumeur.

REMARQUES. — En résumé, il s'agit ici de myomes utérins qui ont donné lieu, à diverses époques, à l'écoulement d'un liquide particulier qui provenait probablement de la cavité utérine. Aussi, M. Trélat le désigne-t-il sous le nom de myome hydropneumatique. Cette lésion pathologique a présenté une marche clinique spéciale qui n'a été observée que par M. Worms. M. Worms a fait une communication à ce sujet à la Société clinique, dans la séance du 16 mai 1876, mais il n'a pas eu à faire l'autopsie de ses malades. Le cas que j'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique est donc unique, puisqu'il est complet. M. le professeur Trélat a fait sur cette malade une importante leçon clinique le 22 avril 1880.

M. RENDU fait remarquer que, dans certains cas de métrite chronique, avec flexion de l'utérus, on observe aussi

quelquefois des pertes intermittentes de liquide expulsé par la contraction utérine.

47. M. LETULLE montre une tumeur tuberculeuse, du volume d'un œuf de pigeon, développée près de la scissure inter-hémisphérique, sur le sillon de Rolando, à gauche. Le malade avait présenté depuis cinq ans des attaques épileptiformes, quelquefois suivies de délire, puis était survenu un affaiblissement du membre supérieur droit, puis de la jambe. Enfin, depuis quinze jours, il avait eu plusieurs accès d'aphasie. Le diagnostic de la nature de la lésion avait été fait par M. Vulpian, grâce à la présence d'une adénopathie cervicale survenue depuis un an.

48. Calotte crânienne perforée par une lame de canif; par M. le D^r M. LAUGIER.

La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique a été recueillie sur un jeune homme de vingt-deux ans, décédé ces jours derniers à l'hôpital Rothschild, quatre jours après avoir reçu, dans une rixe, un coup violent à la tête, avec tous les symptômes d'une encéphalite. A l'examen anatomique, j'ai constaté que le cuir chevelu, au niveau de la partie moyenne de la région pariétale gauche, présentait une plaie linéaire, de trois centimètres de longueur : à la partie médiane de cette plaie, correspondait, sur la face externe du crâne, une petite fissure linéaire de cinq millimètres, comblée par une imperceptible saillie d'aspect métallique. Le crâne ayant été scié circulairement, au niveau des bosses frontales, j'ai constaté, non sans surprise, à l'intérieur de la cavité, la présence d'une lame de canif enfoncée de deux centimètres dans la substance cérébrale, et très solidement fixée dans la paroi crânienne : le très léger relief métallique de la fissure crânienne extérieure, appréciable seulement après la rugination de la surface osseuse, n'était autre chose que la tranche de la lame du canif brisée au ras de la surface osseuse.

Cette pièce me paraît instructive à un double point de vue :

1^o Elle nous montre ce fait rare d'une lame de petit volume et d'assez faible épaisseur, traversant de part en part l'os pariétal d'un adulte vigoureux, avec une facilité et une netteté de section qu'on n'observe, en général, que dans les plaies des parties molles ou des cartilages.

2^o Elle indique à quel point le diagnostic d'un corps

étranger intra-crânien, de petit volume, peut présenter de difficultés, en l'absence de tout renseignement sur les circonstances de la blessure et la nature de l'instrument vulnérant.

49. M. BLOCH montre le *cerveau* du même individu qui n'avait présenté à peu près aucun symptôme dans le premier jour qui a suivi le coup, et chez lequel survint graduellement de l'aphasie et une paralysie du bras droit. La lame a pénétré vers la partie moyenne de la frontale ascendante et a déterminé la formation d'un foyer d'encéphalite.

50. Epithélioma de l'œsophage. — Gangrène du sommet du poumon droit ; par M. BRUNON, externe des hôpitaux.

Le 18 avril 1880, entré dans le service de M. le professeur VULPIAN, le nommé Desmoulins Jacques, âgé de 68 ans.

Le malade ne donnait aucun renseignement ; son abattement, sa faiblesse considérables faisaient penser que, depuis plusieurs jours, il était resté chez lui sans nourriture et sans soins. Il était toute la journée couché sur le côté droit ; l'auscultation du poumon et du cœur ne donnait aucune indication, on notait seulement le refroidissement et la cyanose des extrémités. Le nez, les oreilles étaient teintés de marbrures violettes.

Le lendemain de son entrée, les vomissements apparurent et persistèrent jusqu'à la fin ; le malade rendait tout ce qu'on essayait de lui faire prendre, mais, en somme, il n'y avait absolument rien de caractéristique, ni dans l'acte du vomissement lui-même, ni dans les matières vomies, dont l'examen microscopique a été fait.

Le 23, le malade était dans le même état. La cyanose des extrémités était plus apparente encore ; les malléoles étaient œdématiées ; le pouls extrêmement faible. Le malade mourut le soir même.

AUTOPSIE. — Tube digestif. Le pharynx est intact. L'œsophage est envahi par un épithélioma qui commence à 6 centimètres du pharynx, forme une première plaque, large de 3 centimètres environ, puis une deuxième plaque, un centimètre au-dessous de la première. Cette deuxième plaque est beaucoup plus étendue, elle mesure 6 centimètres de diamètre dans les deux sens ; elle paraît avoir détruit presque complètement la paroi œsophagienne dans sa portion postéro-supérieure. La colonne vertébrale répond

immédiatement à l'ulcération, quoique, cependant, on trouve à ce niveau, fusant vers le pharynx, une collection purulente qui remonte jusqu'à la partie supérieure de l'œsophage. Quelques masses, probablement ganglionnaires, s'interposent entre la colonne vertébrale et cette collection purulente. Entre les deux ulcérations, il y a un point de muqueuse qui paraît indemne.

À la hauteur de la partie terminale de la crosse aortique, l'ulcération inférieure confine absolument à la paroi de l'aorte et le tissu cellulaire péri-aortique est certainement envahi. De plus, au niveau de la deuxième artère intercostale droite, on trouve un bourgeon cancéreux qui vient faire saillie dans la cavité de l'aorte, en s'étalant sous la forme d'un petit champignon d'un rose pâle, un peu irrégulier.

La muqueuse de la trachée est intacte. Le larynx est normal. Les bronches droite et gauche le sont aussi, sauf cependant au point de contact de l'ulcération cancéreuse avec la bronche gauche; en cet endroit, les tissus péri-bronchiques sont considérablement épaissis, infiltrés, ramollis, la bronche n'est pas mise à nu, et, cependant, on trouve au fond de l'ulcération un ganglion anthracosique, en partie détruit et qui semble avoir protégé la paroi bronchique.

Le long de la chaîne ganglionnaire médiastine postérieure, on trouve plusieurs ganglions cancéreux; en particulier, un sous-bronchique gauche.

Poumons. Quelques adhérences pleurales à gauche. Pas de tubercules dans le poumon gauche. Dans le poumon droit, on trouve au sommet quelques noyaux caséeux anciens; et, en avant de ces noyaux, un îlot de gangrène pulmonaire récent, gros comme une grosse noisette, présentant une odeur caractéristique.

Les bronches de ce côté sont un peu dilatées. Le cœur est petit, mais normal.

Les reins sont légèrement congestionnés et pèsent 270 grammes. — La rate est normale. — Le foie est congestionné, mais n'est pas gros. P. 1,320 gr. — Pancréas normal. — Estomac normal. Les ganglions de la petite courbure sont envahis par des masses cancéreuses. — Encéphale absolument indemne.

51. M. DUBAR montre une *anomalie musculaire*. Il existait, chez un sujet, un petit muscle inséré à chaque extrémité sur le bord postérieur de la clavicule et compris dans l'épaisseur de l'aponévrose cervicale superficielle, qu'il semble destiné à tendre.

52. Persistance du trou de Botal ; par M. GIBIER, interne des hôpitaux.

Le nommé X... entre à l'hôpital, le 19 novembre, pour un épithélioma de la verge qu'on lui opère, en même temps que des ganglions des aines, à l'aide du thermo-cautère.

Le malade est chloroformé pendant l'opération qui eut lieu le 1^{er} décembre. — Mort le 28 avril 1880.

Un mois environ avant sa mort, le malade eut de l'œdème des membres inférieurs ; cet œdème se généralisa peu à peu. Aucun autre symptôme, si ce n'est un léger murmure siégeant à la partie moyenne de la région cardiaque et correspondant au premier bruit.

AUTOPSIE. — Pas de généralisation cancéreuse ; foie et reins cardiaques. — Cœur hypertrophié, parois du ventricule gauche 15 ^m/_m d'épaisseur ; parois du ventricule droit 6 ^m/_m.

Les valvules aortiques contiennent des concrétions calcaires dans leurs bords adhérents ; la largeur des orifices est normale. — Persistance du trou de Botal qui offre les dimensions suivantes : 15 ^m/_m sur 14 ^m/_m. Le pourtour de l'orifice est constitué, sur une largeur de 5 à 7 millimètres, par du tissu blanchâtre, membraneux, n'offrant aucune trace de fibres musculaires. — L'oreillette droite est extrêmement dilatée. Le canal artériel est oblitéré.

A la coupe, le tissu cardiaque ne semble pas renfermer des traces de myocardite interstitielle.

Pendant la vie, le malade n'a présenté de cyanose des extrémités en aucun moment. Il ne s'est jamais plaint d'essoufflement ni de dyspnée.

M. RENDU fait remarquer que ce fait vient encore à l'appui de l'opinion de ceux qui pensent que la cyanose est surtout le résultat du rétrécissement pulmonaire.

M. Ch. H. PETIT. Le fait qui vient de nous être communiqué me rappelle un cas du même genre, que j'ai observé, en 1874, à l'hôpital St-Antoine, dans le service de M. Peter, dont j'avais alors l'honneur d'être l'interne. Chez une femme de 25 ans, également morte subitement, nous avons trouvé à l'autopsie une persistance du trou de Botal, établissant entre les deux oreillettes une communication à peu près aussi large que celle que nous avons sous les yeux. Je retrouve à cet égard, dans mes notes d'autopsie, les quelques

lignes qui suivent, et que je transcris presque textuellement :

« Le trou de Botal est largement perméable : il admet facilement le doigt indicateur. Il est disposé de telle sorte qu'il paraît impossible que la communication n'ait pas existé d'une manière permanente entre les deux oreillettes ; on ne trouve nullement la trace de la disposition valvulaire qui se rencontre quelquefois, et dans laquelle il y a une communication, en quelque sorte virtuelle, des deux oreillettes, par un canal creusé obliquement dans l'épaisseur de la cloison interauriculaire. »

Dans ce cas, on avait constaté un bruit de souffle doux, au premier temps et à la base, se prolongeant dans les vaisseaux du cou, à gauche seulement ; il n'y avait pas de palpitations.

La malade était entrée à l'Hôpital pour des accidents d'inflammation péri-utérine, manifestement consécutifs à une fausse couche de 7 mois 1/2 survenue un mois auparavant ; puis elle avait présenté de l'albuminurie ; on avait en outre trouvé, du côté de la poitrine, des signes de tuberculose au début. Elle était dans le service depuis 2 mois environ, lorsqu'elle mourut inopinément dans les circonstances suivantes : elle causait avec une de ses voisines, disant se trouver mieux et manifestant l'espoir de sortir bientôt : tout à coup, ses yeux devinrent fixes, ses bras se raidirent, sa face prit une teinte violacée, et elle tomba dans la ruelle de son lit. Relevée presque aussitôt et replacée sur son lit, elle fit une ou deux inspirations, puis succomba.

A l'autopsie, on trouva une pelvi-péritonite suppurée circonscrite, des altérations assez prononcées des reins, et des tubercules ramollis au sommet du poumon droit ; il n'y avait pas d'embolie de l'artère pulmonaire ; les artères de la base du cerveau étaient également libres, et l'encéphale ne présentait pas d'autre lésion qu'un état un peu anémique, surtout vers le bulbe, lequel était très pâle, tandis que la protubérance était plutôt légèrement hyperémiee. En un mot, à part cette anémie du bulbe, dont la signification est d'ailleurs contestable, il n'existait aucune lésion à laquelle la mort subite parut pouvoir être directement rattachée.

Mais, je ne veux pas insister ici davantage sur ce fait et sur le mécanisme de sa brusque terminaison ; je veux seu-

lement faire ressortir cette particularité, commune aux deux observations, d'une persistance du trou de Botal, que rien ne pouvait faire soupçonner pendant la vie, et de la mort subite des malades qui portaient cette malformation cardiaque. Il n'y a peut-être, entre ces deux faits, qu'une coïncidence, mais ils peuvent aussi donner à penser que la persistance du trou de Botal crée pour ceux qui en sont atteints, au même titre que des lésions cardiaques acquises, une prédisposition à la mort subite (1).

53. Corps étranger des voies aériennes ;
par le D^r M. LAUGIER.

Il s'agit d'un corps étranger expulsé par le malade, après un mois de séjour dans la bronche droite. C'est une pierre irrégulièrement triangulaire et présentant grossièrement la forme d'un chapeau de gendarme ; elle est très dure, nullement poreuse et offre à sa surface des arêtes tranchantes et des saillies très aiguës ; elle mesure un centimètre de hauteur et près de deux centimètres de largeur à la base. Il résulte des déclarations du malade que la pierre a été avalée par lui dans une cuillerée de soupe épaisse, déglutie brusquement et à la hâte, dans la soirée du 10 octobre dernier. Il se produisit immédiatement un accès de suffocation extrêmement violent auquel le malade faillit succomber. Six autres accès semblables se montrèrent, à l'intervalle de plusieurs jours, pendant le mois qui suivit, et c'est seulement le 10 novembre, qu'à la suite d'un dernier accès de suffocation et d'un violent effort de toux, l'expulsion eut lieu.

(1) En me reportant à mon observation pour pouvoir préciser dans cette note ce que j'avais dit à la séance, j'ai remis la main sur l'indication bibliographique d'un autre cas de mort subite survenue chez une femme enceinte, dont le cœur présentait à l'autopsie une persistance du trou de Botal (Th. de C.-J. Campbell, Paris, 1849, n° 64. — De l'accouchement des femmes qui meurent à une époque avancée de la grossesse). — J'avais relevé cette indication, il y a 2 ou 3 ans déjà, parce que j'avais été frappé, en lisant ce fait, de la coïncidence qui s'y rencontrait, comme dans celui dont j'avais été témoin, d'une persistance du trou de Botal et de la mort subite. Il est probable que cette coïncidence, sur laquelle j'appelle l'attention, et dont voici déjà trois exemples rassemblés par un simple hasard, a déjà été remarquée et interprétée, ainsi que je serais disposé à le faire, comme une relation de cause à effet (cause prédisposante, s'entend) ; mais je n'ai malheureusement pas eu le temps de me livrer à des recherches bibliographiques suffisantes pour m'assurer, et pour savoir si les réflexions que j'ai présentées à la Société sont justifiées ou infirmées par les faits.

Pendant toute la durée du séjour du corps étranger, le malade, *sujet depuis longtemps à de fréquentes attaques de bronchite*, n'a présenté à l'auscultation que les signes d'une bronchite aiguë et intense, avec fièvre assez vive et expectoration de crachats abondants et épais, d'aspect purulent, mélangés de temps à autre de quelques filets de sang. De plus, il accusait une douleur fixe, au niveau de la partie moyenne de la bronche droite.

La convalescence a été longue. Les crachats ont continué, pendant une quinzaine de jours, à présenter des stries de sang, et le point douloureux bronchique a persisté pendant près de deux mois. Il nous paraît certain, en raison de ces symptômes, que le contact prolongé d'un corps étranger à surface aussi rugueuse avait altéré la muqueuse bronchique, et que la lenteur de la guérison, après l'expulsion de la pierre, a été précisément causée par la durée de la cicatrisation de cette ulcération traumatique.

Le secrétaire,

CH. FÈRE.

MAI

Séance du 7 Mai.

PRÉSIDENCE DE M. RENDU.

1. Macroglossie.—Examen histologique; par G. VARIOT, interne des hôpitaux.

J'ai l'honneur de soumettre à la Société les résultats que m'a donnés l'examen microscopique d'un fragment de langue atteinte d'hypertrophie congénitale, chez un enfant de 3 ans. MM. Damaschino et Cadiat ont bien voulu m'aider de leurs conseils dans cette étude délicate.

Cet enfant a été opéré dans le courant d'avril, à la clinique de la Charité, par M. le professeur GOSSELIN. On lui a fait la ligature élastique de toute la portion procidente hors de la bouche; M. Gosselin, après avoir placé la ligature, a bien voulu enlever un petit fragment à la partie antérieure de l'organe.

Les incisions nécessaires ont donné lieu à une petite hémorrhagie que l'on a arrêtée au thermo-cautère.

Huit jours après, la portion de langue ligaturée s'est détachée sans écoulement de sang; et enfin, trois semaines après l'opération, l'enfant, après plusieurs poussées de glossite, est reparti dans son pays très amélioré.

Le fragment excisé par M. Gosselin a été mis presque immédiatement dans l'alcool absolu. Dès le lendemain, j'ai pu y pratiquer des coupes, les unes perpendiculaires à la surface de la muqueuse, les autres parallèles.

Sur une coupe perpendiculaire à la muqueuse, colorée à la purpurine et examinée à un faible grossissement (30 diamètres), on constate une hypertrophie papillaire considérable. L'épithélium est corné sur une assez grande épaisseur à la surface des papilles.

Au-dessous des papilles, on distingue un tissu lacunaire formé par des travées limitant des espaces, la plupart pa-

raissant vides. Plus profondément, le tissu présente encore un aspect aréolaire jusqu'à la limite de la coupe ; mais on voit de plus, mêlées aux travées fibreuses, des coupes de faisceaux musculaires.

A un grossissement de 150 diamètres environ, l'épithélium interpapillaire présente des altérations diverses ; par points il offre des vacuoles où les cellules présentent des déformations analogues à celles que l'on trouve dans les pustules varioliques. Les papilles sont la plupart évidées à leur centre et surtout à leur base ; de ces vacuoles intrapapillaires, quelques-unes sont vides ; la plupart contiennent une matière grenue avec quelques leucocytes mêlés irrégulièrement.

Dans la couche sous-muqueuse, on voit que les lacunes sont limitées par des travées fibreuses. Leur contenu est le même que celui des vacuoles papillaires : substance grenue, finement articulée, par points mêlés de leucocytes.

On distingue passim quelques artérioles. Dans la couche profonde, hypertrophie considérable du tissu fibreux entre les faisceaux musculaires, qui deviennent de plus en plus abondants à mesure qu'on se rapproche de la couche profonde.

Ces faisceaux musculaires, très bien conservés, ont leur dimension et leur striation normales ; mais ils ne constituent que l'élément accessoire, même dans la partie la plus profonde de la coupe. Là encore, c'est le tissu fibreux mêlé d'un nombre plus ou moins grand d'éléments embryonnaires qui constitue la partie dominante. Ce tissu fibreux est creusé de lacunes semblables à celles du tissu sous-muqueux.

Une lacune du tissu sous-muqueux, examinée à 450 diamètres environ, montre que sa paroi est formée par du tissu fibreux, que son contenu est formé par une substance très-finement grenue avec quelques leucocytes, sans aucun globe sanguin ; enfin, on voit très nettement des cellules plates du tissu conjonctif flottantes dans la lacune, détachées vraisemblablement de la paroi.

Ces lacunes appartiennent-elles au système sanguin ou au système lymphatique ? nous ne croyons pas qu'il puisse y avoir de doute. Dans aucune des lacunes, soit de la muqueuse, soit de la profondeur, on ne voit de globules sanguins, et cependant ces lacunes sont encore la plupart remplies d'une substance grenue, albumineuse probablement, fibrineuse dans d'autres points ; cette matière aurait emprisonné les globules s'ils eussent existé dans les lacunes.

Au contraire, les vaisseaux sanguins sont peu abondants

dans cette pièce; on voit éparses quelques artérioles très facilement reconnaissables, et, tout à fait à la profondeur, deux ou trois veines dilatées gorgées de sang.

Ces lacunes ne peuvent appartenir qu'au système lymphatique, leur contenu, leur disposition en témoigne. Les vacuoles papillaires correspondent au réseau si abondant décrit par Sappey, réseau qui s'est irrégulièrement dilaté. J'en dirai autant des lacunes sous-muqueuses et intermusculaires creusées dans le tissu fibreux, profond, très hypertrophié. Cette hypertrophie du tissu fibreux, avec lacunes lymphatiques, rappelle l'aspect de l'éléphantiasis.

En résumé, l'examen de cette pièce nous montre qu'elle est formée en grande partie par des ectasies lymphatiques; ainsi que l'ont déjà constaté Virchow, Billroth dans des cas analogues. M. Grancher, dans l'examen d'une lèvre hypertrophiée, a vu des particularités analogues (1).

M. MALASSEZ indique, à ce propos, un procédé très simple et fort commode pour l'examen des lymphatiques. Il faut faire dans le tissu soumis à l'étude une *injection de nitrate d'argent*. On pratique d'abord une injection avec une seringue d'eau distillée, puis on injecte quantité suffisante d'une solution de nitrate d'argent au 1/100 ou 1/200. Puis, une nouvelle injection d'eau distillée, et enfin une injection d'alcool sont faites. Les parties sont ainsi durcies à la périphérie des voies lymphatiques: l'endothélium sanguin ou lymphatique est admirablement conservé et facilement appréciable.

2. Asymétrie des circonvolutions; par Ch. FÉRÉ, interne des hôpitaux.

M. FÉRÉ montre le cerveau d'un homme de 72 ans, qui n'avait jamais présenté et ne présentait aucun trouble de la sensibilité ni de la motilité et qui mourut des suites d'une rétention d'urine due à un rétrécissement urétral ancien. A droite, les trois circonvolutions frontales sont réunies à la frontale ascendante par un pédicule saillant, le pédicule de la seconde frontale offre une épaisseur de plus de deux centimètres à son insertion; du côté gauche,

(1) Des planches seront annexées à cette observation après la publication du travail dans le journal de *l'Anatomie et de la Physiologie*, de M. Robin.

au contraire, il existe en avant de la circonvolution frontale ascendante un sillon prérolandique aussi profond que le sillon de Rolando; c'est-à-dire que la deuxième frontale, au lieu de présenter un renflement comme du côté droit, est profondément déprimée à sa partie postérieure. Cette asymétrie ne constitue pas une anomalie rare, et, à des degrés moindres, elle se présente assez fréquemment, mais elle montre bien que l'on peut rencontrer sur un hémisphère des fondrières qui n'existent point de l'autre côté et en l'absence de toute atrophie. La plupart des faits de prétendues atrophies consécutives à des amputations anciennes consistaient en des asymétries, moins considérables que celle-ci. Ce n'est donc pas dans la forme d'une circonvolution, mais dans l'état des éléments qui la constituent qu'il faut chercher la preuve de l'atrophie secondaire.

3. Péritonite par propagation chez un vieillard atteint de fièvre typhoïde. — Ulcérations de la muqueuse gastro-intestinale; par Albert JOSIAS, interne des hôpitaux.

Le nommé Marcilly Constant, âgé de 60 ans, exerçant la profession de garçon marchand de vins, est entré le 17 février 1880, à l'hôpital Tenon, dans le service de M^r H. RENDU; il occupait le lit n^o 17 de la salle Gérando.

Cet homme n'a jamais été gravement malade: il y a deux mois, il commença à tousser; mais cette toux fut de courte durée et ne présenta rien de particulier. Depuis quinze jours à trois semaines, le malade raconte qu'il est sujet à avoir des douleurs abdominales très vives, accompagnées de diarrhée; ces douleurs se montraient principalement au niveau de la région hypogastrique. Dès le début, il ressentit une courbature, une lassitude générale. — Comme traitement, il a pris trois purgatifs.

Etat Actuel. Facies souffrant: pas de stupeur, ni de bourdonnements d'oreilles, ni de troubles de la vue, ni d'épistaxis. Langue saburrale, haleine fétide. Soif intense. Pas de vomissements. L'abdomen est uniformément ballonné, douloureux à la pression et à la percussion.

La douleur siège principalement au niveau de la fosse iliaque droite. Diarrhée. Le malade « a la sensation très pénible d'une brûlure intérieure. » Pas de taches rosées sur l'abdomen; fièvre modérée.

Oppression très marquée. Les poumons ne présentent rien d'anormal. Les urines très chargées ne contiennent ni sucre, ni albumine; traitées par l'acide azotique et l'éther, puis par quelques gouttes d'alcool, elles décèlent une assez

grande quantité d'indican. — Traitement. Cataplasmes en permanence sur le ventre, Limonade vineuse, potages, lait, potion avec ext. mou de q. q. 4 gr., sirop diacode 20 gr.

18 février. Même état. Douleur diffuse de l'abdomen ayant son maximum d'intensité au niveau de la fosse iliaque droite. Diarrhée légère. Fièvre modérée. Langue sèche.

19 février. Garde-robes sanguinolentes, très fétides. Diarrhée. T. M. 37°, 4. S. 39°, 2. Application d'un vésicatoire sur la fosse iliaque droite. 1/4 lav. amidon laudanisé.

20 février. Les douleurs abdominales sont moins vives et siègent surtout au niveau de l'ombilic. Le foie est relativement petit. A la percussion, on trouve une matité peu étendue à la partie inférieure de l'abdomen (ascite). T. M. 37°, 2. S. 37°, 6. Traitement : Ext. théb. 0, g. 10 dans une potion glacée.

21 février. La matité occupe surtout la fosse iliaque du côté droit. Diarrhée moins fréquente. Vomissements verdâtres, bilieux porracés (péritonite). T. M. 37°, 5. S. 37°, 6.

22 février. La douleur de la fosse iliaque persiste. Vomissements. Hoquet. Diarrhée plus intense. T. M. 37°, 7. S. 38°. Trait : onguent belladonné, glace.

23 février. Facies hippocratique. Hoquet. Douleur abdominale extrêmement vive. Diarrhée diminuée. Pouls petit fréquent. T. 37°, 6. Trait. thé au Rhum, 10 sangsues loco dolenti. 1 pil. ext. théb.

Soir. Facies décomposé. Refroidissement périphérique. Douleurs abdominales intolérables. Vomissements. Pouls filiforme. T. 37°, 6.

24 février. Mort à 9 heures du matin.

AUTOPSIE. — *Œsophage*. Coloration jaune verdâtre de la muqueuse. Quelques arborisations. Pas d'ulcérations. — *Estomac*. La muqueuse de l'estomac est très amincie et présente, en un grand nombre de points, des ulcérations inégales, irrégulières, d'un gris noirâtre; les unes sont circulaires, les autres ovalaires et plus ou moins étendues. Elles siègent principalement au niveau de la petite courbure et de la région pylorique.

Au niveau de ces ulcérations, il semble y avoir de véritables eschares noirâtres; en dirigeant un filet d'eau sur leur surface, on se rend nettement compte de leur aspect tomenteux et on constate qu'elle est déchiquetée. En outre, toute la muqueuse de l'estomac est très congestionnée et parsemée d'arborisations, véritables suffusions sanguines. Sur le *pylore*, mêmes ulcérations, rosées, lisses, ovoïdes, à grand diamètre transversal. Le *duodénum* présente les mêmes lésions. La muqueuse est, en effet, criblée d'ulcérations

arrondies, à fond rougeâtre et à bords lisses, blanchâtres. Dans l'intervalle de ces ulcérations, existe un pointillé hémorrhagique.

L'intestin grêle contient les mêmes lésions ulcéraives de la tunique muqueuse. Quelques-unes de ces ulcérations sont excavées. En approchant de la valvule iléo-cœcale, les ulcérations sont plus étendues; et, au voisinage de cette même valvule, se trouvent quatre ou cinq ulcérations ayant cinq à six centimètres de diamètre; elles sont tapissées d'eschares gangréneuses qui intéressent toutes les tuniques de l'intestin. A ce niveau, le péritoine, qui répond à cette portion de l'intestin ainsi altéré, est tapissé de fausses membranes épaisses. Il est probable, étant donné l'absence de perforation intestinale, que la péritonite à laquelle a succombé le malade, a pris son origine en ce point précis de l'intestin. *Péritonite par propagation.* Le gros intestin ne présente pas d'ulcération.

Les ganglions mésentériques sont tous infiltrés, hypertrophiés; ils présentent dans leur partie centrale une consistance qui confine à l'état caséeux.

Foie cirrhotique. — Rate petite, molle, diffuente. — Poux. Le droit est congestionné, le gauche moins congestionné est emphysémateux. — Péricarde. Très adhérent au cœur. — Cœur. Surchargé de graisse, flasque. Muscle cardiaque décoloré, aspect brun foncé. Valvules mitrale et tricuspide saines. Valvule aortique très injectée. Quelques plaques d'athérome sur l'aorte. — Cerveau sain. Méninges congestionnées.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru intéressante en raison du diagnostic clinique qui a été porté et des lésions anatomiques rares que nous avons constatées. Et, en effet, lorsque le malade est entré à l'hôpital Tenon, il ne présentait pas les symptômes d'une fièvre typhoïde; son visage n'exprimait pas la stupeur; la fièvre était modérée, et il n'y avait pas de taches rosées sur l'abdomen. Par contre, l'abdomen était ballonné uniformément et douloureux à la moindre pression. Une diarrhée persistante depuis plusieurs jours, jointe aux symptômes abdominaux déjà mentionnés, nous fit songer à une péritonite sub-aiguë, par propagation, et causée par une ulcération intestinale sur la nature de laquelle il n'était pas aisé de se prononcer avec certitude. La persistance de douleurs diffuses du côté de l'abdomen et accompagnées de selles sanguinolentes, de vomissements

porracés, de hoquet, etc., confirma de plus en plus le diagnostic de péritonite par propagation.

Quant à la nature de l'ulcération, comme cause génératrice de tous les accidents péritonéaux, nous ne pouvions guère songer à des ulcérations typhoïdes, puisque nous nous trouvions en présence d'un vieillard chez lequel les symptômes de cette affection manquaient; il est vrai, toutefois, de remarquer, si nous nous reportons à l'autopsie, que les lésions intestinales devaient remonter à un mois environ.

Restaient donc les ulcérations tuberculeuses ou cancéreuses, or, l'auscultation révélait que les poumons étaient sains, indemnes de râles; rien ne permettait d'admettre une lésion tuberculeuse de l'intestin; par contre, l'âge du malade et son teint cachectique étaient plus en rapport avec l'idée d'un carcinome intestinal que nous ne pouvions pas également affirmer, mais en faveur duquel nous portâmes de fortes présomptions.

L'autopsie est non moins intéressante que l'examen clinique, car elle nous montre une série de lésions inattendues et peu communes, c'est-à-dire des ulcérations plus ou moins profondes, irrégulières, et siégeant sur la muqueuse congestionnée de l'estomac et de tout l'intestin grêle. Les ulcérations gastriques nous firent supposer un empoisonnement par les corrosifs, mais l'absence de lésions semblables sur l'arrière gorge, le pharynx et l'œsophage ne permettait pas de s'arrêter longtemps à cette hypothèse. L'aspect des ulcérations nous entraînait plutôt à l'idée d'une entérite ulcéreuse de nature typhoïde. La multiplicité des lésions de la muqueuse intestinale, lésions occupant les plaques de Peyer au niveau de la valvule iléo-cœcale, ainsi que les follicules clos, l'absence de lésions de la muqueuse du gros intestin et l'hypertrophie considérable des ganglions mésentériques, nous firent admettre la variété typhoïde, d'autant plus que nous traversons en ce moment une véritable épidémie de fièvre typhoïde. Ainsi, ce que nous tenons à mettre en relief dans cette observation, c'est la présence d'ulcérations sur la muqueuse gastrique, la région pylorique et la muqueuse duodénale, ayant exactement les mêmes caractères que ceux que nous avons mentionnés sur la muqueuse de l'intestin grêle et qu'on a coutume de rencontrer à l'autopsie des individus morts de fièvre typhoïde. Ces ulcérations gastriques

et duodénales sont très rares, si nous nous en rapportons à nos traités classiques et principalement au mémorable livre de Murchison sur la fièvre typhoïde. Murchison ne les a pas rencontrées une seule fois dans plus de 40 cas de fièvre typhoïde dans lesquels il a examiné l'estomac. Les cas d'ulcérations gastriques de cette nature, rapportés par Jenner et Louis, ont trait à des ulcérations limitées à une partie quelconque de l'estomac, et varient de la grosseur d'une tête d'épingle à deux ou trois millimètres.

Telles ne sont pas les dimensions des ulcérations que nous relevons dans notre cas particulier, car elles peuvent être comparées à des pièces de vingt, de cinquante centimes et de un franc; quelques-unes même sont ovalaires et ont un diamètre longitudinal de deux centimètres environ. Il en est absolument de même des ulcérations duodénales. En terminant, nous ferons remarquer que M. le professeur Jaccoud, dans son traité de pathologie interne, a signalé également ces ulcérations en les qualifiant de curiosités pathologiques. La lésion spéciale, dans les cas recueillis par M. Jaccoud, était bornée au jéjunum et au duodénum, ou s'étendait à la portion pylorique de l'estomac.

4. Rupture complète du rein gauche et déchirure de la rate, sans lésion des parois thoraco-abdominales; par HAVAGE, interne des hôpitaux.

Le 1^{er} mai, à huit heures du matin, on apporte dans le service de M. DUPLAY un jeune homme de 17 ans. qui vient d'être pris entre l'extrémité d'un brancard de voiture à bras et un candélabre à gaz. Le blessé se plaint d'une vive douleur dans la région hypochondriaque gauche. On n'y trouve pas trace de contusion. L'examen reste incomplet, à cause des souffrances qu'il provoque; on fait appliquer quelques ventouses scarifiées; puis, on immobilise doucement la poitrine et le ventre.

Dans la journée, il ne se produit aucun phénomène particulier, si ce n'est que la pâleur du malade augmente et que le poulx devient de plus en plus petit. A 5 heures du soir, le malade succombe avec les phénomènes habituels de l'hémorrhagie interne. Il n'a pas eu d'hématurie.

AUTOPSIE.— A l'ouverture du ventre, on trouve un épanchement sanguin assez bien limité à l'hypochondre et au flanc gauches. Cet épanchement, au lieu d'être libre dans la cavité du péritoine, se trouve presque tout entier compris

entre les feuillets des épiploons et du mésentère. La rate présente, sur son bord inférieur, une déchirure profonde de 2 à 3 centimètres, remplie par un caillot noirâtre et déjà assez adhérent.

L'atmosphère celluleuse du rein étant le siège d'une infiltration sanguine très abondante, on enlève cet organe avec précaution. On voit alors qu'il est complètement séparé, transversalement et en son milieu, en deux parties qui ne sont plus réunies que par un rameau vasculaire. La surface de section est nette, comme s'il y avait eu un éclatement.

Du côté des parois, il n'y a absolument aucune lésion grave. Les côtes sont intactes. Il faut signaler seulement une tache ecchymotique sous la plèvre à, la partie postérieure du dixième espace intercostal.

Nous pensons que les lésions que nous avons décrites sont un exemple de rupture par pression directe. Le corps vulnérant était, en effet, d'assez petit volume pour pouvoir déprimer fortement la paroi et atteindre directement le rein. Il est probable même que l'ecchymose pleurale a été produite par le même mécanisme.

5. Rupture traumatique de l'intestin, simulant une hernie étranglée ; par Aimé GUINARD, interne des hôpitaux.

Lelundi 3 mai, à 2 heures après-midi, R. Auguste, 56 ans, fort et vigoureux, sans antécédents morbides, était occupé dans une carrière de pierres. En déchargeant un tombereau, le montant de derrière lui tombe sur le ventre et le renverse. Vive douleur abdominale : ses camarades l'emportent chez lui. Il reste couché le reste de la journée. Le mardi 4, vomissements verts. Un médecin appelé constate l'existence d'une hernie inguinale gauche : cette hernie, que le malade avait depuis dix ans, était exactement maintenue par un bon bandage. Elle est sortie par-dessous le bandage au moment de l'accident. Après quelques tentatives infructueuses de réduction, le médecin conclut à une hernie étranglée et donne un purgatif d'essai (huile de ricin).

Le mercredi 5, les vomissements continuent : le malade n'a rendu par l'anus *ni gaz, ni matières fécales*. Il se décide à entrer à la salle Saint-Barnabé dans l'après-midi. Je le trouve avec tous les signes de l'étranglement (extrémités froides, pouls spécial, vomissements absolument fécaloïdes). Avant d'envoyer chercher un chirurgien. J'essaie prudemment le taxis, et je suis tout surpris d'obtenir assez aisément la réduction complète de la hernie. — Une heure après, on vient me rechercher, car les accidents continuent

absolument comme avant la réduction. Je crus alors avoir réduit l'intestin avec son sac. — Mort le soir.

AUTOPSIE. — Péritonite purulente généralisée. Exsudat pseudo-membraneux agglutinant les anses entre elles. Au niveau du canal inguinal gauche, on trouve que la hernie est très bien réduite, sans trace d'étranglement. — Mais, au fond du petit bassin, on rencontre des lentilles presque intactes (une vingtaine environ), avec du pus et de l'huile (probablement l'huile de ricin donnée par le médecin de la ville), et, au niveau du promontoire, on arrive sur une solution de continuité de l'intestin grêle. C'est une ouverture comme une pièce de 50 centimes, arrondie et *siégeant du côté de l'insertion* au mésentère. Les bords commençaient déjà à se réparer : elle siégeait à 1^m,70 de la valvule de Bauhin. Malgré les recherches les plus attentives, nous ne trouvons aucune trace d'ulcération ou de cicatrice d'ulcération ancienne, sur tout le reste de la paroi digestive.

Donc trois points à faire ressortir dans cette observation. 1° Erreur de diagnostic presque inévitable, étant donnée la coexistence de la hernie avec des symptômes *très nets* d'étranglement... vomissements fécaloïdes, etc. 2° Rupture traumatique de l'intestin sans qu'il y ait trace de contusion (pas même d'ecchymose) à la paroi abdominale. 3° La forme arrondie, comme à l'emporte-pièce, de la plaie intestinale, pouvant faire croire qu'il y a eu seulement rupture d'une cicatrice amincie d'ulcération ancienne.

M. RENDU, cette observation est intéressante au point de vue étiologique, elle montre en effet que, comme pour l'estomac, les traumatismes de l'intestin déterminent tantôt une déchirure, tantôt une ulcération. Au point de vue clinique, il faut remarquer les vomissements fécaloïdes dans le cours d'une péritonite suraiguë.

M. JEAN a vu un cas analogue de péritonite aiguë généralisée, d'origine traumatique, chez un malade porteur d'une hernie inguinale ancienne.

M. QUÉNU a vu un cas semblable. Deux ruptures de l'intestin s'étaient produites profondément, par pression, selon toute probabilité, contre la colonne vertébrale.

M. RENDU. Il faut toujours se demander s'il s'agit d'un écrasement de l'intestin contre la colonne vertébrale, ou, au contraire, d'un redressement brusque d'une anse intestinale par suite du traumatisme.

6. Cancer infiltré de l'estomac. Carcinose miliaire secondaire du péritoine; par Ad. THUVIEN, interne des hôpitaux.

Graff Jean, âgé de 28 ans, cocher de son état, entre le 27 avril 1880 à l'hôpital Laënnec. Il ne peut fournir aucun renseignement précis sur les antécédents maternels ni paternels. Cultivateur jusqu'à l'âge de 19 ans, il n'habite Paris que depuis 9 ans. Pas de maladie dans l'enfance; habituellement d'une bonne santé, il a eu à plusieurs reprises à supporter quelques privations de nourriture, auxquelles il suppléait par l'ingestion de boissons alcooliques. C'est en effet un alcoolique avéré. Ni rhumatisme, ni syphilis à noter.

Il fait remonter le début de sa maladie à 2 ou 3 mois, par des troubles digestifs attribués à son intempérance. A ce moment, il avait de l'inappétence, surtout marquée pour la viande, digestions pénibles, accompagnées souvent de vomissements alimentaires. Pas de pituites matinales, pas d'hématémèses appréciables. Selles normales, régulières. Depuis deux mois se sont montrées des douleurs vagues dans l'abdomen, coliques sourdes; en même temps, l'amaigrissement a commencé, les forces se sont affaiblies.

Depuis douze jours seulement, il a cessé complètement tout travail pour garder la chambre. C'est depuis ce temps que tous les symptômes se sont aggravés et que son ventre s'est mis à grossir. A son entrée, nous trouvons le malade considérablement amaigri, les pommettes saillantes, les yeux ternes, la voix faible, les narines pulvérulentes, le teint d'un jaune terreux. Il n'a pas de douleur à vrai dire, mais la dyspnée est grande. L'attention est attirée du côté de l'abdomen.

Le ventre est tendu, de forme ovoïde, non étalée, la peau lisse est parcourue par un réseau veineux, très développé aussi bien à droite qu'à gauche. Il contraste étrangement avec l'état d'émaciation du reste du corps. A la percussion, matité complète de l'épigastre à l'hypogastre et d'un côté à l'autre, sauf cependant dans la fosse iliaque droite, où l'on trouve un certain degré de sonorité tympanique. Ces signes ne sont nullement modifiés dans le décubitus latéral. Le phénomène du flot est des plus manifestes. Le foie et la rate ne peuvent être délimités.

Les urines sont rares, chargées de phosphates, mais de coloration normale. Elles ne renferment ni albumine, ni sucre. La constipation est opiniâtre, les membres inférieurs œdématisés, la respiration pressée et pénible.

Tous les symptômes paraissent résulter de la distension de l'abdomen et de la compression qui en résulte sur les divers organes.—Rien à noter, ni du côté du poumon, ni du côté du cerveau, ni du côté du cœur.

L'administration de 20 gr. de teinture de jalap composé reste sans résultat; lavements purgatifs; injections de morphine.

1^{er} mai. En présence des phénomènes dyspnéiques continus et menaçants, une ponction est décidée, autant pour soulager le malade que pour affermir le diagnostic. Elle est faite au lieu d'élection. Un liquide sanglant en jaillit, semblable par la teinte à du sang veineux pur, mais très liquide et ne se coagulant pas sur la peau, 1,500 gr. de ce liquide en sont retirés, mais il en reste encore une quantité considérable. La palpation, pratiquée avec ménagements, n'amène à aucun résultat.

Amélioration notable dans l'après-midi. Le ventre est toujours tendu, la paroi proémine manifestement à la région épigastrique où se dessinent, selon toute apparence, l'estomac et ses annexes péritonéales plus ou moins altérés dans leurs rapports. Les urines ont été plus abondantes. Potion de Tood, injection hypod. de morphine.

2 mai. L'affaiblissement s'est encore accru. Le poulx est mou, dépressible, pas d'élévation thermique. Le soir, le malade ne peut se retourner dans son lit qu'avec les plus grandes difficultés. Il a vomi tout le liquide ingéré, facies prostré, accélération du poulx.

3 mai. Agitation, subdélirium auquel succède le collapsus et bientôt la mort,

Examen du liquide de l'épanchement. 1° Coagulum très mou et peu abondant; 2° La numération des globules donne le résultat suivant: Moyenne de 19 numérations: 815.750 globules rouges par millimètre cube; 3° Densité du liquide 1,030; 4° Ce liquide renferme 100 gr. 8 pour 1,000, de matériaux solides desséchés à l'étuve.

AUTOPSIE 44 heures après la mort. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule de 6 à 7 litres de liquide sanglant, de même nature que celui retiré pendant la vie. L'intestin, distendu par les gaz, est refoulé en grande partie contre le diaphragme. Le *grand épiploon* a à peu près disparu. On ne trouve plus que des portions de membranes rouges et friables flottant dans le liquide ou adhérant faiblement en quelques points à la séreuse pariétale.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'existence d'un semis de fines granulations, la plupart noirâtres, quelques-unes seulement grisâtres et presque transparentes, disséminées à la

surface des anses intestinales. Le péritoine pariétal n'offre pas de fausses membranes. Il est grisâtre, épaissi. On y rencontre quelques plaques ecchymotiques et quelques points hyperémiés: mais la surface conserve encore son poli.

Les anses intestinales, libres d'adhérences, glissent aisément les unes sur les autres. Le mésentère, considérablement épaissi, paraît rétracté vers la colonne vertébrale. Il présente une surface gris verdâtre, et semble farci de points d'aspect mélanique, sans relief appréciable. La séreuse est cependant soulevée par quelques granulations saillantes, isolées ou agglomérées, jaunâtres, et par des ganglions tuméfiés.

Le gros intestin et particulièrement le cœcum est très distendu par les gaz. Le mésocolon transverse présente les mêmes altérations générales que le mésentère. Sur sa face inférieure se trouvent de belles granulations jaunâtres, de la grosseur d'un grain de millet à celle d'une lentille.

L'estomac, revenu sur lui-même, est intimement uni au côlon transverse, par sa grande courbure. Les parois sont denses et fermes; cette augmentation de consistance porte en effet sur ses deux faces et particulièrement sur la petite courbure et sur le petit cul-de-sac. La surface de coupe est grisâtre, d'aspect fibro-lardacé. La coloration de la muqueuse est à peu près normale, la surface est parsemée de nombreux plis volumineux.

Les ligaments suspenseurs et coronaires sont épaissis et infiltrés ainsi que le péritoine diaphragmatique.

Le foie paraît plutôt petit. Il est légèrement jaunâtre. Pas de congestion, pas de cirrhose appréciable, rate petite, ferme à la coupe, quelques adhérences molles, filamenteuses existent aux deux bases. Les poumons n'offrent qu'un peu de congestion vers les points déclives, un peu d'emphysème aux sommets, le cœur, le cerveau, les reins ne présentent rien de notable.

M. MOUTARD MARTIN insiste sur l'absence de vomissements. Il a vu souvent, dans les cas de cancer infiltré des parois stomacales, cette absence de vomissements.

7. Rapport sur la candidature de M. Talamon, au titre de membre adjoint; par QUÉNU.

Parmi les communications faites par M. Talamon, nous choisirons une des dernières, qui nous semble prêter à quelques considérations intéressantes. Il s'agit d'un cas de généralisation cancéreuse par le système lymphatique, dont les

pièces nous ont été présentées au mois de janvier dernier. Nous rappellerons d'abord en quelques mots les détails de l'observation.

G... âgée de 39 ans, femme de ménage, entrée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. FRÉMY, suppléé par M. LABADIE LAGRAVE; meurt le 6 janvier 1880, au dernier degré de la cachexie cancéreuse. On avait constaté pendant la vie l'existence d'une volumineuse tumeur multilobée du petit bassin, une ascite considérable, à répétition rapide après chaque ponction, de l'œdème des deux membres inférieurs. Une nuit avant la mort, le membre supérieur droit s'était aussi œdématié et une tumeur, grosse comme le poing, s'était développée dans l'aisselle.

A l'autopsie, on trouva un énorme cancer encéphaloïde de l'ovaire droit, formé d'un grand nombre de petites masses demi-solides, qui, à la coupe, laissaient écouler une substance blanche, crémeuse, semblable à de la substance cérébrale ramollie. Il y avait deux petites tumeurs semblables dans l'ovaire gauche; l'utérus était absolument sain.

Les ganglions du mésentère, complètement dégénérés, formaient une seconde tumeur, presque aussi grosse que les premières, irrégulière, bosselée, tout à fait semblable aux masses caséeuses qui constituent le cerveau chez l'enfant. Chaque ganglion était gros comme un œuf de pigeon ou de poule, et, à la coupe, donnait la même substance crémeuse que les tumeurs de l'ovaire. Les anses intestinales, aplaties, comme atrophiées, étaient appliquées sur cette tumeur. La muqueuse de l'intestin grêle aussi bien que celle du gros intestin étaient pâles, grisâtres, mais ne présentaient aucune altération.

Les reins, la rate étaient petits, mais on n'y trouvait aucune tumeur secondaire; il n'y en avait pas trace non plus dans le foie: la muqueuse de l'estomac était d'aspect normal.

Mais, les ganglions du hile de la rate étaient envahis par le cancer, ils formaient cinq ou six tumeurs grosses comme des œufs de pigeon, semblables aux ganglions mésentériques. De même, au niveau du hile du foie, on trouvait trois petits ganglions, de la grosseur d'une noisette, transformés en matière encéphaloïde.

La face inférieure du diaphragme sus-hépatique était hérissée d'un semis abondant de granulations blanches, molles, dont la grosseur variait de celle d'une tête d'épingle à celle d'un haricot; quand on piquait une de ces granulations, on faisait sourdre une goutte de matière encéphaloïde. Cette éruption cancéreuse n'existait qu'à droite; le péri-tone diaphragmatique était normal à gauche.

Sur la face pleurale du diaphragme, du côté droit, on constatait un épaississement notable de la séreuse, avec infiltration ecchymotique disposée par larges plaques. En trois ou quatre points, on voyait de petits groupes de granulations blanches, semblables à celles de la face péritonéale, mais beaucoup plus petites; les plus grosses n'atteignaient pas la grosseur d'un grain de millet; il y en avait de douze à quinze pour chaque groupe; en outre, en regardant attentivement, on apercevait çà et là une petite granulation isolée. Des granulations semblables, miliaires, disséminées et discrètes, se voyaient sur toute la surface pariétale de la plèvre droite, qui était d'un rouge vif généralisé.

Des adhérences molles, fibrineuses reliaient la base du poumon droit au diaphragme. Sur la face pulmonaire de la séreuse, on n'apercevait pas traces de nodules cancéreux. Il n'y en avait pas non plus en aucun point de la plèvre gauche, ni dans l'épaisseur des poumons. Les ganglions bronchiques n'étaient pas envahis. Il y avait un litre de liquide séreux dans la cavité pleurale gauche; et deux ou trois dans la cavité droite.

Enfin, la tumeur de l'aisselle était formée par des ganglions en tout semblables aux ganglions abdominaux et remplis de la même substance encéphaloïde, demi-molle et blanchâtre.

On peut suivre, pour ainsi dire, dans cette observation la marche de l'infection cancéreuse, partant de la tumeur de l'ovaire droit, gagnant les ganglions prévertébraux et mésentériques; ceux de la rate et du hile du foie, envahissant le réseau lymphatique du diaphragme, passant de la face inférieure à la face supérieure du muscle, se répandant dans les lymphatiques de la plèvre costale pour aboutir enfin aux ganglions de l'aisselle droite. C'est à peu de chose près la marche inverse de celle qu'ont signalé MM. Charcot et Debove dans les cas de cancer du sein, où l'on voit la propagation cancéreuse se faire de l'extérieur à l'intérieur en suivant les lymphatiques pleuraux, diaphragmatiques et s'étendre jusqu'aux viscères abdominaux.

La communication des cavités pleurale et péritonéale par les lymphatiques du diaphragme est un fait qu'on admet aujourd'hui, généralement.

Les preuves expérimentales aussi bien que pathologiques abondent. Depuis les injections de Muscagni avec des liquides colorés, celles de Recklinghausen, de Ludwig, de Schweigger-Seidelr, de Dylekowsky, de M. Troisier, ont toujours donné les mêmes résultats. Dylekowsky a, de plus,

montré que la cavité pleurale communique avec les réseaux lymphatiques de la paroi pectorale.

Ce n'est pas seulement le cancer que l'on voit passer de la cavité abdominale dans la cavité thoracique par cette voie des lymphatiques du diaphragme. Le tubercule fait de même, comme l'a montré M. Lépine dans son travail sur l'infection de voisinage dans la tuberculose (*Arch. phys.* 1870). Ponfick est allé plus loin et a cherché à établir que l'injection tuberculeuse pouvait s'étendre de proche en proche par les lymphatiques jusqu'au canal thoracique, qu'alors seulement elle gagnait le sang, la grande circulation, et produisait l'infection générale de l'organisme.

L'inflammation simple peut suivre la même voie. On sait que, dans la pleurésie fibrineuse, les coupes qui comprennent l'exsudat et la séreuse sous-jacente montrent les vaisseaux lymphatiques de la plèvre, dilatés et remplis d'une substance tout à fait semblable à l'exsudat pleural. La propagation au péritoine est démontrée dans les cas de pleurésie diaphragmatique droite, dont la périhépatite et l'ictère sont des complications fréquentes. Réciproquement, la fréquence des pleurésies droites dans les maladies du foie est un fait bien connu de tous.

M. Vulpian cite un cas de pleurésie aiguë du côté droit se produisant, chez une femme, huit à dix jours après les premiers symptômes d'un phlegmon du ligament large du côté droit, phlegmon compliqué d'une pelvi-péritonite peu accusée. N'est-ce pas là un fait absolument comparable à celui de M. Talamon ? Dans les cas d'inflammation simple, le processus ne laisse pas de marques, visibles à l'œil nu, de son passage ; dans le cancer, on suit au contraire à la trace le chemin parcouru par la matière infectante ; mais, dans les deux cas, la voie est la même.

L'observation de M. Talamon peut encore être rapprochée de ces cas de pleurésie purulente qui se voient si fréquemment dans la septicémie puerpérale. Comme chez sa malade, la lésion originelle siège dans l'appareil utérin ; de là, elle gagne par les lymphatiques le péritoine, y provoquant le plus souvent une péritonite purulente, qui peut se propager à travers le diaphragme à la plèvre. Des faits nombreux, ceux de Béhier, de Heiberg, entre autres, montrent que cette pleurésie purulente est due à une lymphangite pleurale suppurée, et, parfois, il y a lymphangite sans suppuration dans la cavité même de la plèvre, l'exsudat étant simplement fibrineux et n'ayant sans doute pas eu le temps de suppurer.

Il est à remarquer que, dans tous ces faits, aussi bien

que dans les lymphangites cancéreuses, décrites par MM. Maurice Raynaud, Troisier, Debove, il y a extension de la lésion au réseau lymphatique de la plèvre pulmonaire. Dans le cas de M. Talamon, le cancer ne s'était propagé que par la plèvre costale; le poumon, comme tous les autres organes, était indemne de tout nodule d'infection. Cette intégrité absolue du foie, de la rate, des reins, alors que les ganglions situés au niveau de leur hile étaient envahis, est un fait curieux que nous signalerons en terminant. Il semble que les ganglions aient joué à l'égard de ces organes le rôle de filtre protecteur, arrêtant au passage les matières cancéreuses comme ils arrêtent, par exemple, les matières colorantes introduites dans la circulation lymphatique.

8. Rapport sur la candidature de M. Labat, au titre de membre adjoint; par Bazy, interne des hôpitaux.

Parmi les nombreuses présentations de M. Labat à la Société anatomique, il en est une particulièrement intéressante et sur laquelle nous croyons devoir appeler votre attention. Il s'agit d'une observation de fibrome utérin dont la lente élimination, en accumulant les produits septiques dans la cavité utérine, amena une péritonite mortelle. Cette complication constitue un point curieux de l'histoire des myômes de l'utérus et mériterait peut-être d'être étudiée de nouveau.

L'observation de M. Labat serait un document très-utile pour une étude de ce genre. La voici résumée : Dans le courant d'octobre 1879, entrant dans le service de M. LE DENTU, à l'hôpital St-Louis, une femme âgée de 47 ans, bien constituée, issue de gens vigoureux; souffrant du ventre depuis longtemps, mais n'accusant des troubles sérieux de ce côté que depuis 5 ou 6 mois. Depuis cette époque, en effet, l'abdomen a augmenté de volume, les douleurs sont devenues plus vives, les pertes de sang ne s'arrêtent pas.

A son arrivée dans le service, on constate tous les signes d'une anémie profonde : affaiblissement général, facies décoloré, palpitations, souffle dans les vaisseaux du cou. La malade perd du sang en abondance. Le col utérin est fermé, non ulcéré. L'utérus est très gros : il remonte à 5 ou 6 travers de doigt au-dessus du pubis. Il est assez régulièrement développé. Néanmoins, le diagnostic de fibrome utérin est porté.

Elle était dans le service depuis quelques jours, lorsque, le 9 novembre, les douleurs redoublent d'intensité et prennent

un caractère expulsif auquel la malade ne se trompe pas et qu'elle prend soin de nous indiquer.

Le lendemain, à la visite du matin, la malade nous dit qu'elle « rend quelque chose par la matrice. » M. Le Dentu l'examine, et trouve une masse volumineuse qui fait saillie à la vulve, et qui répand une odeur gangréneuse infecte qu'on pouvait déjà constater avant de découvrir la malade. Cette masse est molle, dépressible, d'un gris brunâtre, avec des points clairs et des lignes plus sombres : on dirait d'un placenta, mais d'un placenta déjà vieux et macéré. Cette ressemblance est si grande que l'idée d'une rétention placentaire se présente immédiatement à l'esprit de M. Le Dentu et de plusieurs assistants.

A travers le col, légèrement entr'ouvert pour la laisser passer, on sent que la masse se prolonge profondément dans la cavité utérine. Après quelques tractions très modérées et sans résultat, M. Le Dentu résèque le plus possible de la portion expulsée hors de l'utérus. Les parties ainsi réséquées pèsent environ une livre. Injections vaginales, faites 3 fois dans la journée, avec une solution phéniquée au quarantième. T. M. 38°; S. 38°,9.

11 novembre. Une nouvelle masse, moins volumineuse que celle de la veille, mais semblable comme aspect, couleur et odeur fait saillie à la vulve. On en coupe le plus possible. Mêmes injections antiseptiques, sulfate de quinine 0 gr. 75. T. M. 37°,2; S. 38°,5.

12 novembre. On sectionne encore quelques lambeaux; mêmes injections antiseptiques. Sulfate de quinine, 0,75. T. M. 38°,2; S. 37°,6.

13 novembre. On enlève des débris pour la dernière fois. On sent encore quelque chose de mou dans le col qui est entr'ouvert. Les culs-de-sac sont libres. L'utérus est incliné en arrière et un peu à gauche. Sulfate de quinine, 0,75.

14 novembre. Dans la nuit, frisson violent qui dure plusieurs heures. T. M. 37°; S. 39°,4.

15 novembre. Frissons irréguliers, dans la journée, abattement général, facies fatigué, quelques nausées; vives douleurs dans le ventre. T. M. 38°; S. 39°.

16 novembre. Même état général d'accablement; un frisson dans la journée; ventre très douloureux; 8 sangsues sont appliquées sur l'abdomen. T. M. 38°,2; S. 39°,4.

17 novembre. Nouveau frisson. On sent un empâtement douloureux dans le cul-de-sac gauche. Potion phéniquée. Sulfate de quinine, 0,75. T. M. 39°; S. 40°,6.

18 novembre. Ne peut supporter la potion phéniquée;

8 ou 10 vomissements porracés ; deux frissons intenses avec claquement des dents. Sulfate de quinine, 0,75. T. M. 38°; S. 40°, 2.

19 novembre. Ventre toujours très douloureux et légèrement ballonné ; nombreux vomissements ; facies grippé ; poulx petit, irrégulier ; deux frissons dans la nuit. Sulfate de quinine, 0,75 ; vésicatoire ammoniacal sur le ventre. T. M. 39° ; S. 40°.

20 novembre. Mort dans la matinée.

AUTOPSIE 24 heures après la mort. — L'incision de la paroi abdominale à peine faite, une notable quantité d'un liquide purulent s'échappe de la fosse iliaque droite. La masse intestinale mise à nu, on remarque que les anses de l'intestin sont agglutinées par des fausses membranes, légères et friables en haut, épaisses, résistantes, plus nombreuses vers le petit bassin qui paraît rempli de pus. En effet, tous les organes intra-pelviens baignent dans un pus de couleur jaune : au milieu, on aperçoit l'utérus recouvert de tractus d'un blanc jaunâtre qui, à gauche, le relie avec le paquet intestinal. Au niveau du point où la trompe droite pénètre dans le tissu utérin, on voit un abcès du volume d'une noix, creusé dans la paroi de la matrice et ouvert dans le péritoine. La trompe droite est remplie de pus. Rien dans la gauche, ni dans les ligaments larges.

L'orifice externe du col est ouvert et, avec le doigt, on peut pénétrer dans le canal cervical jusqu'à l'orifice interne qui est fermé. L'utérus mesure 14 centimètres de hauteur et 12 cent. de largeur maximum. Une coupe pratiquée dans le sens de la longueur, sur la face antérieure de l'organe, met à découvert la cavité utérine. Elle est remplie d'une masse putrilagineuse, fétide, ressemblant exactement aux produits expulsés. Cette masse adhère par des tractus lâches à toute la face antérieure de la cavité, empiétant même sur les bords latéraux et sur la face postérieure.

La hauteur de cette insertion sur la paroi antérieure est d'environ 6 centimètres. Toute la surface utérine qui a été une surface d'insertion est molle, d'un gris noirâtre, putrilagineuse ; partout ailleurs la muqueuse est fortement congestionnée et ramollie.

Les parois de l'organe sont très résistantes au doigt et épaisses d'environ 2 centimètres. Le tissu utérin a son aspect ordinaire. Toutes les parties éliminées pendant la vie de la malade ont été recueillies avec soin et confiées à M. Mayor qui a bien voulu les examiner : elles présentaient tous les caractères histologiques des fibromes utérins.

Telle est cette observation où le mécanisme par lequel la

péritonite mortelle s'est produite est facile à saisir. La large implantation de la tumeur rendait une énucléation rapide, difficile sinon impossible. Son élimination lente a amené une grande abondance de produits gangréneux dans l'utérus, qui sont tombés dans le péritoine par la trompe droite. Ne serait-il pas possible, dans des cas analogues, d'attaquer directement le foyer gangréneux par des injections intra-utérines antiseptiques?

9. Rapport sur la candidature de M. Albert Josias au titre de membre adjoint de la Société anatomique; par Ch. H. PETIT.

M. A. Josias a présenté à la Société anatomique un certain nombre de pièces intéressantes, parmi lesquelles nous signalons deux cas d'*absence congénitale du rein et de l'uretère, du côté droit*. Dans ces deux cas, le rein unique occupait sa place normale et était entouré d'une atmosphère graisseuse, se trouvait relié à la veine par un seul uretère très dilaté et épaissi, de sorte qu'en examinant la cavité vésicale, il était aisé de constater l'absence d'un des éléments du trigone. — A propos d'une observation de *corps fibreux de l'utérus avec péritonite aiguë généralisée*, M. Josias a signalé un fait de polype saillant à travers l'orifice vaginal du col, ayant les dimensions d'un œuf de pigeon, d'une consistance dure et d'un aspect jaunâtre : l'examen à l'hystéromètre ayant révélé que son point d'implantation se trouvait sur la partie inférieure de la face latérale gauche du col, M. Trélat, en raison des métrorrhagies répétées et des douleurs intolérables qu'éprouvait la malade, n'hésita pas à extraire la tumeur, en pratiquant avec les ciseaux une section très limitée et correspondant au pédicule du polype. — Assurément, la constatation d'un polype fibreux et son ablation dans des circonstances semblables, sont deux actes secondaires, accessoires même; mais, ce qu'il importait de faire ressortir, c'est l'existence d'une complication grave et redoutable malgré les apparences les plus heureuses. Si l'hémorrhagie, la péritonite, la phlébite et la pyoémie sont des accidents avec lesquels il faut compter dans les diverses affections utérines, notamment dans les opérations que l'on pratique sur l'utérus, on peut, dans le cas présent, s'étonner des lésions péritonéales consécutives à l'extirpation du polype. Aussi, sans méconnaître le rôle de l'inflammation péritonéale, déterminée par une lymphangite reconnaissant pour cause une petite plaie de la muqueuse utérine, il n'en reste pas moins acquis, dans l'observation à laquelle nous

faisons allusion, que la péritonite aiguë généralisée n'était nullement en rapport avec l'incision peu étendue, peu profonde et bien délimitée de la muqueuse utérine, et que le pronostic d'une pareille opération devra toujours être réservé. — A propos d'une présentation de péricardite chronique chez un enfant atteint de tuberculose pulmonaire, M. Josias a rapporté un nouvel exemple d'affection cardiaque, précédant de quelques jours les manifestations du rhumatisme articulaire aigu; quant aux lésions observées sur le péricarde, elles avaient tous les caractères que l'on a coutume de rencontrer dans la péricardite tuberculeuse.

De toutes ses communications, les deux suivantes sont les plus importantes; l'une est relative à un homme âgé de 59 ans, mort des suites d'une affection aortique compliquée d'apoplexie pulmonaire, et à l'autopsie duquel on a pu mentionner une hypertrophie cardiaque considérable (le cœur vide de caillots pesait 1015 grammes), une insuffisance aortique avec crétification de l'aorte; et, du côté des poumons, de nombreux noyaux d'apoplexie pulmonaire. L'examen minutieux des poumons a révélé, dans une division de l'artère pulmonaire droite, l'existence d'un caillot fibrineux, sans lésion aucune de la partie du poumon alimentée par ce vaisseau, c'est-à-dire sans infarctus. Ce fait est très intéressant, car il est contraire à tout ce que nous connaissons sur la production de l'apoplexie pulmonaire, étant donnés les liens qui rattachent la production d'une hémorrhagie pulmonaire à l'arrivée ou à la formation d'un caillot dans une des branches et divisions de l'artère pulmonaire. C'est un fait qui, du reste, mérite d'être confirmé par de nouvelles recherches et de nouveaux exemples. — Dans une dernière communication de péritonite par propagation chez un vieillard atteint de fièvre typhoïde, M. Josias a montré les muqueuses gastro-intestinales parsemées de nombreuses ulcérations; celles de l'intestin occupaient le duodénum, le jéjunum et l'iléum. Ces ulcérations étaient arrondies et présentaient un aspect rougeâtre et des bords lisses; quelques-unes, très excavées, cratériformes, étaient d'autant plus étendues qu'elles occupaient un point plus rapproché de la valvule iléo-cœcale ou la valvule elle-même; à ce niveau, les ulcérations étaient tapissées d'escharres gangréneuses qui intéressaient toutes les tuniques de l'intestin. Il était donc bien probable, étant donné l'absence de perforation intestinale, que la péritonite, à laquelle avait succombé le malade, reconnaissait comme origine ce point précis de l'intestin. Quant aux ulcérations de la muqueuse de l'estomac, elles étaient circulaires ou ovalaires, avaient

des dimensions variables (pièces de vingt centimes, de cinquante centimes et d'un franc), offraient les mêmes caractères que ceux des ulcérations mentionnées sur la muqueuse de l'intestin grêle, et qu'on a coutume de rencontrer à l'autopsie des individus morts de fièvre typhoïde.

Sans nous arrêter à la discussion clinique de cette observation, nous sommes donc ici en présence d'ulcérations multiples, ayant les mêmes caractères et situées sur divers points de la muqueuse gastro-intestinale. Or, dans la fièvre typhoïde, les ulcérations gastriques et duodénales sont très rares, tandis que les ulcérations de l'iléon constituent la règle. Et, en effet, Murchison, sur quarante cas de fièvre typhoïde dans lesquels il a examiné l'estomac, ne les a jamais rencontrées; quant aux cas de Jenner et de Louis, ils ont trait à des ulcérations de cette même nature, siégeant, il est vrai, sur la muqueuse gastrique, mais ayant des dimensions très minimes, puisqu'ils les comparaient à une tête d'épingle (2 ou 3 millimètres). Dans son traité de pathologie interne, M. le professeur Jaccoud signale ces ulcérations en les qualifiant de « tellement rares qu'elles peuvent être regardées comme des curiosités pathologiques. » La lésion spéciale, dans les cas recueillis par M. Jaccoud, était bornée au jéjunum et au duodénum, ou s'étendait à la portion pylorique de l'estomac.

« 10. M. MERKLEN présente un *ulcère simple de l'estomac*. L'arachnoïde spinale est couverte de plaques fibroïdes anciennes.

M. BAILLET. Ces plaques fibroïdes de l'arachnoïde ne sont pas rares.

M. FÉRÉ. Tamburini a décrit tout récemment ces plaques de l'arachnoïde, et a vu, dans les plus anciennes, des ostéoplastes parfaitement caractéristiques. Aussi, cet auteur appelle-t-il ces plaques *ostéomes* de l'arachnoïde.

11. M. MERKLEN montre en outre un *cancer infiltré de l'estomac*; les ganglions cervicaux envahis par le néoplasme comprimaient les vaisseaux artériels et veineux. L'examen histologique a démontré qu'il s'agit d'un *carcinome*.

M. RENBU fait remarquer que, n'étant l'examen histologique, on croirait plus volontiers à un cas de lymphadénie.

12. M. MERKLEN montre enfin les pièces provenant d'une autopsie d'un malade de 19 ans, mort d'*anurie*, dans le cours d'une péritonite généralisée. Il existait au début une albuminurie considérable. Les reins sont énormes, le cœur est hypertrophié; tous les accidents semblent remonter à 3 ou 4 semaines.

M. RENDU. Il me paraît difficile d'admettre qu'une néphrite, datant de 3 semaines, explique l'hypertrophie considérable du cœur. Souvent une néphrite chronique existe à l'état latent, depuis plusieurs mois, lorsqu'une cause occasionnelle banale, le froid, une affection aiguë intercurrente, vient donner à la maladie rénale une poussée aiguë.

M. QUINQUAUD croit qu'il faut voir dans ce cas une forme particulière de maladie du rein, fréquente chez les jeunes gens. Il s'agit de maladies de Bright, évoluant par poussées plus ou moins espacées, et correspondant, au point de vue anatomo-pathologique, à une *forme mixte* du mal de Bright. Cette maladie offre ce caractère remarquable qu'elle est surtout à répétitions. Quelquefois, on assiste à une cessation de tout accident pendant plusieurs mois, un ou deux ans. Ici, tout s'est terminé par une anurie, par le fait, en somme, d'une intoxication rapide aiguë de l'organisme.

13. M. DAMALIX présente une *tumeur du médiastin*; c'est un carcinome qui est secondaire à un cancer de l'œsophage. L'examen fait par **M. Ballet** a montré qu'il s'agit d'un carcinome colloïde.

14. M. PIOGEY montre un cas de *bronchite pseudo-membraneuse* découverte à l'autopsie d'une pneumonie chronique.

15. M. DOLÉRIS montre les pièces d'une *infection purulente* survenue dans le cours d'une *pneumonie aiguë*.

M. RENDU rappelle que le professeur Verneuil insistait déjà, il y a dix ans, sur la fréquence des cas de pyémie d'origine viscérale.

16. M. GILBERT montre une *volumineuse hydronéphrose*.

M. COTTIN adresse sa démission de membre adjoint.

M. FÉRÉ présente l'ouvrage du D^r Amidon (de New-York) sur les *localisations cérébrales*.

Séance du 13 mai 1880.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

17. Persistance du trou de Botal chez un homme de 62 ans;
par E. DESNOS, interne des hôpitaux et CALLIAS, externe des hôpitaux.

Le nommé Pierre M... entre, le 5 janvier 1880, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. DUJARDIN-BEAUMETZ, suppléé par M. HUCHARD. Il se plaint d'une oppression déjà ancienne, mais qui augmente sans cesse, et d'un gonflement des membres inférieurs survenu depuis quelques jours. Il est âgé de 62 ans, d'une assez robuste constitution et exerce le métier pénible de forgeron. Dans son enfance et sa jeunesse, sa santé a toujours été bonne, et on ne retrouve chez lui aucun antécédent morbide à cette époque. Depuis vingt ans environ, il souffre de douleurs articulaires qui n'ont jamais présenté la forme aiguë, mais qui ont amené dans les petites jointures des déformations caractéristiques. Depuis quelques années, les efforts violents et prolongés lui sont devenus de plus en plus pénibles; il lui est impossible de fournir une course rapide; l'essoufflement survient aussitôt. Ces accidents augmentent d'intensité tous les hivers, pendant lesquels le malade tousse constamment, et est pris alors d'accès d'oppression dont la fréquence et la violence sont très irrégulières.

Il y a un mois environ, le malade commença à tousser et l'oppression devint d'emblée plus considérable que jamais; il continua à travailler, et, aux symptômes précédents, s'ajoute une expectoration peu abondante d'abord, qui augmente bientôt en présentant un aspect épais et visqueux. En même temps, apparaissent des douleurs thoraciques peu intenses siégeant à la base de la poitrine, et semblant occasionnées par les quintes de toux. Celles-ci acquièrent en effet une intensité et une fréquence plus grande, et l'oppression, intermittente au début, devient continue, le sommeil est pénible, entrecoupé d'accès de dyspnée; depuis quinze jours, tout s'aggrave, l'œdème apparaît aux membres inférieurs, limité d'abord au cou-de-pied, gagnant bientôt l'abdomen; une céphalalgie générale avec une somnolence perpétuelle et une impossibilité de tout effort intel-

lectuel apparent. Enfin, il y a trois jours, la fièvre s'allume et force le malade à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. Le facies est pâle, sans présenter de coloration bleuâtre, en aucun point; les lèvres sont d'un rose plutôt pâle, nullement violettes. Les membres inférieurs sont le siège d'un œdème qui remonte jusqu'à l'ombilic, distendant considérablement le scrotum et la verge. Le ventre est un peu ballonné, il n'y a pas d'ascite appréciable.

La dyspnée est assez prononcée, les mouvements respiratoires sont fréquents, les inspirations peu profondes; le thorax, soulevé, paraît avoir acquis une dilatation anormale. La percussion permet de constater une légère submatité à la base des deux poumons, un peu plus grande à droite. La transmission des vibrations vocales est presque entièrement abolie. A l'auscultation, de nombreux râles sibilants éclatent dans toute la hauteur de la poitrine; à la base, viennent s'y joindre des râles sous-crépitaux fins, nombreux, éclatant par bouffées, prédominants à droite. L'expectoration est abondante, spumeuse; la toux quinteuse, pénible provoque des douleurs contusives assez violentes à la base du thorax.

L'auscultation du cœur est rendue difficile par l'abondance des râles pulmonaires; cependant, à la base, les bruits paraissent normaux aux deux temps; à la pointe, au contraire, il est difficile de distinguer un claquement valvulaire, et on perçoit, peu nettement il est vrai, un souffle ou plutôt un roulement qui précède le choc du cœur; ce bruit semble se propager du côté de l'aisselle. D'ailleurs, la matité précordiale est normale; le pouls, petit, dépressible est irrégulier; les vaisseaux du cou ne sont le siège d'aucun phénomène pathologique.

Les autres appareils n'offrent pas de trouble morbide; l'appétit est à peu près nul, les urines sont normales; la température axillaire est de 39°.

6 et 7 janvier. Il y a amélioration de l'état général, la température baisse à 38°, l'oppression diminue, les râles sont moins abondants et permettent l'auscultation du cœur; on perçoit manifestement un souffle présystolique à la pointe et un léger souffle au premier temps: les battements sont toujours aussi irréguliers.

8 janvier. La température remonte brusquement à 39°,5; la dyspnée est intense; à l'auscultation, on perçoit en arrière, dans les 2/3 inférieurs des deux poumons, une grande quantité de râles sous-crépitaux, la matité est presque absolue en ce point. Le soir, l'oppression est encore plus grande les bruits du cœur; ne sont pas modifiés,

mais les souffles de la pointe semblent se propager vers l'appendice xiphoïde, de plus, la veine jugulaire externe, turgescente, est animée de battements appréciables à la vue.

9 janvier. Au matin, on constate une notable amélioration, les battements cardiaques sont plus réguliers, le souffle xiphoidien persiste. Le soir, à 5 heures, le malade est pris d'un accès subit de suffocation qui augmente rapidement; les lèvres deviennent violettes, puis toute la face, les mains, les pieds se cyanosent et le malade meurt une heure après avec une température rectale de 36°, 2.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve les parois abdominales infiltrées de sérosité, et une petite quantité de liquide ascitique dans le péritoine.

Le foie est augmenté de volume, présente une vive congestion, de plus, au niveau de sa face convexe, un infarctus du volume d'une noisette.

Cavité thoracique. Les plèvres présentent quelques adhérences aux sommets, pas de trace d'épanchement séreux. Les poumons, très oedématisés, sont en arrière le siège d'une congestion intense; ils crépitent à peine; à la coupe, d'un rouge violacé presque noir, ils laissent écouler une grande quantité de liquide rougeâtre, spumeux. En aucun point il n'y a de rougeur hémorragique.

Le cœur paraît augmenté de volume, ses parois sont flasques, le tissu musculaire un peu pâle à la coupe. Les valvules sigmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaires, examinées à l'épreuve de l'eau, sont suffisantes; il n'en est pas de même des valvules auriculo-ventriculaires qui laissent facilement passer le liquide. Les deux ventricules sont dilatés, le gauche d'une manière peu sensible, le droit considérablement, comme distendu. Sur la valvule mitrale qui est très légèrement rétrécie sont des plaques athéromateuses très abondantes, surtout sur le bord libre. Ces altérations se retrouvent sur les tricuspides à un degré beaucoup moins prononcé. Mais, cet orifice est très dilaté et admet l'introduction de quatre doigts. Les oreillettes présentent leurs dimensions normales. Mais, en examinant la cloison inter-auriculaire, on constate une communication entre les deux oreillettes et qui est disposée de la manière suivante :

Du côté de l'oreillette droite, l'anneau de Vieussens est normal dans ses quatre cinquièmes supérieurs, et l'endocarde qui ferme le trou de Botal lui est adhérent sur ces points. En bas, seulement, il y a une solution de continuité de 4 millimètres de longueur environ, et, si l'on introduit un stylet par cette fente, on soulève un repli endocardique et on pé-

nêtre dans l'oreillette gauche. Examiné du côté de cette oreillette, ce repli se continue en avant et en arrière avec l'endocarde de la cavité, son bord libre semi-lunaire flotte dans la cavité, si le cœur est abandonné à lui-même, mais s'applique exactement à la cloison si l'on exerce une traction suffisante pour le rendre rigide; en le soulevant, on aperçoit le bord libre de l'anneau de Vieussens qu'il déborde en bas dans une étendue de 5 millimètres environ. Sur cet espace de 5 millimètres, on trouve donc d'une part, la cloison en dedans, et en dehors le repli valvulaire. Ces deux membranes constituent un canal dirigé de haut en bas, de droite à gauche et d'arrière en avant, dont le calibre est à peu près celui d'une plume d'oie. L'épaisseur de ce repli est très peu considérable, il est translucide, doué d'une grande mobilité. Un courant d'eau dirigé sur la face droite de la cloison inter-auriculaire le soulève et le liquide passe facilement; dirigé sur la face gauche, il applique le repli contre la cloison qui se trouve parfaitement fermée.

RÉFLEXIONS. — La persistance du trou de Botal chez un sujet d'un âge aussi avancé est un fait rare; mais, si l'on se rend compte de la disposition de l'anomalie ci-dessus décrite, on verra que la communication qui existait toujours anatomiquement, ne devait plus avoir lieu pendant le fonctionnement de l'organe. En effet, le repli valvulaire libre dans l'oreillette droite n'aurait eu de tendance à s'écarter de la cloison que si le sang de l'oreillette droite avait été soumis à une pression plus grande que celle de l'oreillette gauche. Le contraire ayant lieu à l'état normal, la valvule s'est trouvée constamment appliquée sur la circonférence de l'anneau de Vieussens. L'affection cardiaque n'a pas dérangé ce fonctionnement tant qu'elle a été limitée au cœur gauche: mais, la circulation pulmonaire se trouvant gênée à son tour, a produit secondairement la dilatation du cœur droit et l'insuffisance de la valvule tricuspide. Dès lors, la pression exercée par la contraction ventriculaire se propageant à l'oreillette a détruit l'équilibre de pression dans ces cavités. Le sang de l'oreillette droite a trouvé à travers le trou de Botal, qu'aucune valvule ne bouchait de ce côté, un facile passage vers l'oreillette gauche, et c'est ainsi que le mélange des deux sangs a pu déterminer une cyanose presque instantanée.

18. Dessins à l'huile et à la gouache, sur toile cirée, destinés à la démonstration de l'anatomie médicale et à la figuration des lésions relevées aux autopsies; par MM. LANDOUZY, médecin des hôpitaux et DÉJÉRINE, chef de clinique de la Faculté.

M. LANDOUZY présente, en son nom et au nom de M. DÉJÉRINE, une trentaine de dessins et schémas représentant une partie seulement de l'outillage que, il y a plus de deux ans, il a commencé à créer à la Clinique de la Charité et que son successeur M. Déjerine s'efforce d'augmenter chaque jour.

Ces peintures avaient été demandées par M. Hardy qui, chaque fois que la chose est possible, tient à accompagner de *figurations* chacune de ses cliniques.

Ces peintures servent journellement, soit (schème des parois thoraciques) à figurer l'étendue des signes physiques perçus à l'auscultation ou à la percussion d'un malade; soit (schème de la texture de la moelle) à *mettre sous les yeux des élèves* le mode d'envahissement d'une myélite ascendante et progressive; soit (schème des origines et des branches du facial) à faire *saisir* la dissociation des phénomènes paralytiques de l'hémiplégie cérébrale; soit (schème des noyaux bulbaires) à *figurer* le mode d'envahissement des lésions et de progression des symptômes de la paralysie labio-glosso-laryngée; soit encore (schème des circonvolutions cérébrales) à permettre de préciser, de *localiser* un diagnostic; soit enfin (schème de la capsule interne) à *montrer* les points dans lesquels les lésions aboutissent, soit à l'anesthésie, soit aux dégénération secondaires. Ces peintures servent enfin et surtout, pendant les autopsies, à *transporter* les lésions, à les mettre en leur lieu et place au moyen de peinture à la gouache, ce qui permet à un même dessin, par exemple au tableau représentant l'hémisphère gauche, de servir indéfiniment à relever des lésions d'hémorragie ou de ramolissement cérébral, puisque, une fois, l'autopsie terminée, une fois l'observation racontée aux élèves avec tous les commentaires nécessaires, la gouache lavée, il ne reste plus qu'un tableau prêt à se laisser surcharger d'une nouvelle couche de peinture qui cachera tout ou partie de sa surface. Ces dessins sont, en somme autant de cartes muettes dont, avec la gouache, il est facile de faire des *cartes parlantes* qui, au gré du démonstrateur, *parleront* physiologie ou anatomie pathologique.

Pour ce qui est du côté matériel, pour ce qui est de la confection de ces planches murales d'anatomie médicale, nous dirons qu'elles peuvent être obtenues à peu de frais, puis-

qu'elles sont simplement peintes, à l'huile, au trait, sur la toile cirée des hôpitaux. La confection de pareils dessins demande, en somme, plus de temps et de patience que d'habileté de mains, la preuve en est, que si quelques-uns d'entre eux, originaux, ont été composés par nous, la plupart ne sont que la reproduction agrandie et simplifiée de planches et de schèmes empruntés à des ouvrages français ou étrangers.

Il paraît superflu de donner de plus longues explications de ces planches, de leur but et du rôle vraiment considérable qu'elles ont à jouer dans les *leçons de choses* qui devraient tenir une place plus grande dans les commencements de toute éducation médicale ! A en juger par les services que ces planches ont rendus à la Clinique de M. Hardy, à en juger par l'accueil qui leur a été fait par les élèves et de l'empressement qu'ils ont mis à les copier, à en juger par la clarté que ces planches prêtent au professeur le plus expert, à en juger par l'aide qu'elles apportent aux étudiants, il faut, non seulement souhaiter que l'emploi de la *figuration* soit de toutes les démonstrations, mais il faut encore demander que ces dessins d'anatomie médicale (c'est chose faite pour la Charité) tapissent les murs nus de nos amphithéâtres, de façon à toujours *impressionner* les yeux.

On a dit que les Athéniens devaient leur amour et leur science du grand art à ce qu'ils vivaient au milieu d'un peuple de statues, demandons que nos amphithéâtres, demandons que les murs de la nouvelle Faculté *parlent* à l'élève anatomie et physiologie, de façon à ce qu'il apprenne la médecine, de toutes manières, par les yeux autant que par l'entendement.

19. Carcinome du cerveau chez une femme atteinte de carcinome stomacal. Hémiplegie gauche. Epilepsie partielle. Localisation dans la frontale ascendante ; par J. DÉJERINE, chef de clinique de la Faculté.

La nommée Bouzon (Victorine), profession de giletière, âgée de 51 ans, entre le 21 avril 1880 à la Charité, salle Sainte-Anne, n° 9, service de M. le professeur HARDY.

Antécédents héréditaires. Mère morte hydropique à l'âge de 52 ans, après deux mois de maladie. Elle était asthmatique depuis l'âge de 30 ans. Père mort à 32 ans d'une chute de cheval. Sœur morte à 18 mois de convulsions. Frère, âgé de 42 ans, bien portant.

Antécédents personnels. Dans son enfance, sujette aux orgeolets. En 1848, pneumonie, dont la guérison fut assez rapide. De 1855 à 1865 habite Mexico. Sa santé fut toujours

parfaite. En 1864, accouche d'un enfant bien portant, mais qui meurt à l'âge de 3 mois, l'allaitement maternel ne suffisant pas et les difficultés du siège de Mexico empêchant l'allaitement artificiel. En 1865, fausse couche de 5 mois 1/2 à la suite d'une vive frayeur. En 1872, de retour en France, pleurésie gauche ayant duré 1 mois. Jusqu'en 1876, hémorragies utérines assez abondantes qui cessèrent avec la ménopause. — Pas de syphilis. Pas de rhumatisme.

Au moment de la ménopause, cette femme prétend avoir ressenti, sans cause appréciable ni traumatisme, une vive douleur dans le coude gauche. L'articulation était gonflée et il y aurait eu une ecchymose sur le côté externe.

Au mois de novembre 1879, cette femme commença à éprouver quelques troubles du côté des fonctions digestives : diminution de l'appétit ou plutôt une sorte de dégoût pour la viande. En outre, chaque matin, à son réveil, vomituritions aqueuses, jamais de bile. Ces phénomènes durèrent jusqu'en février 1880, époque où la malade aurait eu la grippe. A partir de ce moment, plusieurs fois par jour, à la suite des quintes de toux, vomissements alimentaires ou aqueux, suivant qu'elle avait, oui ou non, ingéré des aliments.

La toux cessa au bout de trois semaines, mais les vomissements persistèrent : le plus souvent, ils survenaient immédiatement après l'ingestion des aliments ; pourtant, il arrivait parfois que la malade ne vomissait que le lendemain ; dans ce cas, les aliments n'étaient pas digérés et étaient parfaitement reconnaissables. C'est alors que la malade accusait, pendant tout le temps de la présence de ces aliments dans l'estomac, des douleurs très vives au creux épigastrique, avec un point correspondant dans le dos. Les vomissements la soulageaient beaucoup. Ils n'ont jamais été « marc de café », et, interrogée avec soin, elle affirme dans cette période n'avoir jamais rendu de bile. Jamais d'œdème des membres inférieurs. Amaigrissement considérable et progressif ; aussi, les phénomènes ne faisant que s'accroître, la malade se décide à entrer à la Charité et elle est reçue dans le service de M. le professeur HARDY, salle Sainte-Anne, n° 9, le 21 avril 1880.

Etat actuel. Cette femme est très amaigrie, teinte jaune paille, bien que la peau, assez bronzée, la voile un peu. — *Estomac* : Douleur vive à la pression au creux épigastrique. Douleur dans l'hypochondre gauche. A la palpation, on sent une légère résistance au niveau de la petite courbure, près du pyllore, pas de tumeur appréciable, pas de dilatation de l'estomac. — *Cœur* : Le premier bruit de la

pointe est mal frappé et il semble par instant qu'on perçoit comme un souffle ; mais il est peu net. — *Poumons* : En avant, des deux côtés, respiration forte. En arrière, au contraire, la respiration dans les fosses sus et sous-épineuses, est très faible. On perçoit dans toute l'étendue du poumon quelques sibilances. — *Foie et rate* : Rien de particulier. — *Traitement* : Eau gommée. Régime lacté.

27 avril. La malade se plaint d'avoir eu, depuis la veille, des épistaxis fréquentes. La langue est sèche, un peu fuligineuse, mais la malade, depuis son entrée à l'hôpital, n'a pas vomé. Dyspnée, fièvre T. 39° P. 92. La palpation de l'estomac ne dénote rien. Le foie, à la percussion, paraît déborder les fausses côtes d'un ou deux travers de doigt.

28 avril. La malade a peu dormi, elle accuse un semblant de douleur dans le côté droit de la poitrine. M. T. 38°, 2 : S. T. 37°, 5. L'attention éveillée se porte du côté du poumon. Dans la fosse sous-épineuse droite, on perçoit à l'auscultation quelques bruits tenant le milieu entre le râle crépitant fin et le frottement. Tendance à l'expiration prolongée et l'on croirait par instant entendre un souffle profond et léger. A la percussion, matité notable au sommet du même côté. Pas d'expectoration, pourtant un peu de bronchorrée.

29 avril. La malade, à son réveil, est tout étonnée de ne pouvoir remuer son bras gauche. Si on élève ce membre, il retombe flasque ; pas de contracture. La commissure labiale gauche est abaissée, la face déviée à droite. Le facial supérieur n'a rien. La jambe gauche est parésiée, mais la paralysie est moins prononcée que dans le bras ; sensibilité intacte. Les phénomènes hémiplegiques ont été précédés de secousses rythmiques, analogues à celles de l'épilepsie partielle. Le tremblement était saccadé. Ces secousses se manifestèrent à deux reprises, d'abord à gauche seulement, puis elles se manifestèrent des deux côtés. Ces crises duraient environ 5 minutes. — Pouls filiforme, presque imperceptible. La face, par moment, est agitée de tremblement rythmique. P. 86. T. 38°.

1^{er} mai. La malade meurt à 10 heures du matin.

AUTOPSIE faite 24 heures après la mort. — Rigidité cadavérique égale des deux côtés du corps. En ouvrant la cavité abdominale, on constate l'existence d'un carcinome stomacal propagé au foie. Ce cancer occupe la petite courbure sous forme d'une traînée épaisse. Le pylore et le cardia sont sains. L'estomac n'est pas dilaté, nulle part il n'y a d'ulcération, c'est un carcinome infiltré de la petite courbure. — *Foie*. Les ganglions du hile du foie sont pris, augmen-

tés de volume et durs. Le foie contient un grand nombre de noyaux cancéreux disséminés.

Poumon droit. Emphysème du bord antérieur. Pas d'ecchymoses sous-pleurales. Le lobe supérieur, augmenté de densité, est atteint de congestion œdémateuse avec exsudation intra-alvéolaire donnant un aspect légèrement granité à la pulpe (pneumonie bâtarde.) La muqueuse bronchique est plutôt pâle. Pas de dilatation des bronches. *Poumon gauche.* Traces de pleurésie ancienne, adhérences. Pas de lymphangite. Pas d'ecchymoses. Congestion assez marquée du lobe inférieur. Le diaphragme est sain, pas trace de lymphangite carcinomateuse.

Cœur. Le péricarde est distendu par une quantité de liquide considérable. En l'ouvrant, on voit que ce liquide est du sang fluide, noir et pesant 200 grammes environ. Plaques de péricardite viscérale sur la crosse de l'aorte, l'artère pulmonaire et l'infundibulum. A ce niveau, on trouve des néo-membranes vasculaires tomenteuses et quelques-unes présentant à leur surface des extravasations sanguines, dont plusieurs sous forme de petits caillots. A la face antérieure du cœur, péricardite sèche très peu marquée. Coloration feuille morte du myocarde. Pas d'insuffisance aortique, pas d'altération des valvules mitrale et tricuspidale. L'aorte contient quelques plaques scléreuses et calcaires.

Reins. Capsule non adhérente, quelques stries blanc-jaunâtre dans la couche corticale, avec stries vasculaires. Les reins ne sont pas augmentés de volume. — *Utérus:* volumineux, bombé. Le col est hypertrophié, surtout sur la lèvre antérieure. Le corps est bosselé, de volume double de l'état normal, épaissi par des noyaux durs, arrondis (myômes utérins). — *Intestin:* Congestionné. Ulcération à grand diamètre transversal allant jusqu'à la séreuse qui, à ce niveau, est couverte de fines granulations, de nature carcinomateuse.

Cerveau. Rien du côté de l'enveloppe osseuse. Pas de pachyméningite. — *Hémisphère droit:* L'hémisphère droit paraît plus bombé que le gauche. En écartant la scissure de Sylvius et, en examinant l'état des vaisseaux sur le trajet de la sylvienne et de ses divisions, on ne trouve nulle part d'oblitérations vasculaires. Les méninges ne sont pas adhérentes, sauf au niveau de la partie postérieure de la première et deuxième circonvolutions frontales. La partie postérieure de ces circonvolutions, ainsi que le sillon qui les sépare de la frontale ascendante, présente une opacité et une adhérence très marquées de la pie-mère, en même

temps qu'une résistance et une dureté particulières, bien distinctes de la consistance ordinaire du tissu normal.

Les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes n'offrent pas de lésions superficielles.

Coupes. Rien à noter aux coupes préfrontale et pédiculo-frontale. — *Coupe frontale.* Tumeur volumineuse occupant la partie sous-jacente à la substance grise du sommet de la frontale ascendante. On trouve une deuxième tumeur sous-jacente également à l'extrémité inférieure de la frontale ascendante. Chacune de ces tumeurs a environ le volume d'une petite noix et de consistance dure.

Coupe pariétale. Rien. — *Coupe pédiculo-pariétale.* Rien. — *Coupe occipitale.* Rien. — Les capsules interne et externe sont intactes.

Hémisphère gauche. Aucune lésion à la coupe. — *Pro-tubérance :* Pas d'asymétrie à la coupe. *Bulbe,* rien ; *cervelet,* rien. Les artères de l'encéphale ne sont pas altérées. *Moelle épinière,* rien de particulier.

En résumé, les lésions encéphaliques, sont localisées à la frontale ascendante, et détruisent les faisceaux pédiculo-frontaux, supérieur et moyen. La pariétale ascendante est intacte, ainsi que ses faisceaux blancs.

L'examen microscopique des deux tumeurs a montré qu'elles étaient de même nature que celles de l'estomac : carcinôme alvéolaire.

RÉFLEXIONS. — Cette observation de cancer secondaire du cerveau est intéressante au point de vue anatomique et au point de vue clinique. Au point de vue anatomique, tout d'abord : c'est un exemple très net de cancer cérébral consécutif à un cancer de l'estomac, et les faits de ce genre, bien que parfaitement connus, ne sont pas cependant très communs.

Au point de vue clinique, il y a deux particularités à relever dans le cas que nous publions, la marche silencieuse du néoplasme et la localisation. Le néoplasme s'est développé sans aucun symptôme appréciable chez cette femme, sans troubles de la motilité ni de la sensibilité, sans trace aucune de céphalée, et, tout à coup, il a donné lieu à de l'hémiplégie gauche, avec accès d'épilepsie partielle. On rencontre quelquefois une marche semblable dans l'évolution des tumeurs cérébrales ; mais ce n'est point la règle. Enfin, la localisation de la lésion est tout à fait en rapport avec les symptômes observés.

M. POULIN pense que le début *subit* des symptômes rattachés à la présence d'une tumeur cérébrale n'est pas absolument rare. Souvent, la tumeur est restée latente, elle ne se révèle que par les signes dus à un ramollissement ou à une hémorrhagie voisine.

M. DÉJERINE. Dans le cas actuel, il n'y avait ni hémorrhagie ni ramollissement au niveau de la tumeur, et, cependant, le début a été instantané.

M. CHARCOT fait remarquer qu'il s'agit ici d'une observation qui confirme les données relatives aux *localisations cérébrales motrices*. On lit cependant, aujourd'hui encore, dans certains livres, que les observations contradictoires sont presque aussi nombreuses que les confirmatives. C'est en dehors de la Société anatomique, dans des recueils que je n'oserais pas appeler *interlopes* qu'on édite ces faits contradictoires.

Ici, tous les faits sont confirmatifs, car tous sont recueillis avec soin. Je n'ai pu m'empêcher, termine M. Charcot, de comparer les observations contradictoires aux armées d'Artaxercès, et les nôtres, celles qu'on publie ici même, aux phalanges macédoniennes, complètes et inexpugnables.

20. M. VARIOT montre un cas de *soudure des deux reins* sur la ligne médiane.

21. M. POIRIER présente un *tibia* d'enfant atteint de *périostite phlegmoneuse diffuse*. Il existe plusieurs sequestres invaginés de la diaphyse.

M. MONOD. J'ai relu tout récemment encore le mémoire de M. Lannelongue qui insiste sur l'utilité de la trépanation de l'os. Ici, il y a bien ostéo-périostite, et la trépanation n'aurait pas produit les résultats excellents promis par M. Lannelongue.

22. ÉLECTIONS. Sont nommés membres adjoints : MM. SAVARD, JOSIAS, LELOIR, DOLÉRIS.

Séance du 20 mai 1880.

PRÉSIDENCE DE M. RENDU.

23. Mort rapide par coagulations intra-cardiaques chez un tuberculeux; par H. LELOIR, interne des hôpitaux.

V..., âgé de 41 ans, valet de chambre, se livre depuis plus de 15 ans à des excès alcooliques (il boit journellement de 14 à 16 litres de vin). Néanmoins, il avait toujours joui d'une santé excellente, quand, il y a deux ans, se montrèrent les premiers signes de la tuberculisation pulmonaire pour laquelle il entra à l'hôpital (toux, hémoptysies). Depuis cette époque, il a toujours toussé, a notablement maigri, mais a pu continuer son service.

Le 10 avril 1880, il entre à la Charité, dans le service de M. M. RAYNAUD. C'est un homme grand, taillé en hercule, encore vigoureux, mais assez amaigri. Aux sommets, à droite et à gauche, léger gargouillement, craquements humides, matité. Toux fréquente, expectoration purulente, sueurs abondantes; appétit excellent, pas de diarrhée, pas d'albumine dans les urines. Le cœur est sain.

En somme, ce sujet luttait encore vaillamment contre sa tuberculose pulmonaire, et rien ne pouvait faire prévoir l'accident qui devait l'emporter si brusquement.

Le 15 mai, le malade est pris brusquement, vers 6 h. 1/4 du soir, d'une angoisse et d'une oppression épouvantables.

Le lendemain, à la visite du matin, on le trouva assis sur son chevet, en proie à une dyspnée terrible, à une véritable orthopnée, les yeux hagards, les lèvres cyanosées, le corps inondé d'une sueur froide et visqueuse, les extrémités refroidies. T. A. 35°, 4. Le pouls, fait important comme on le verra, fréquent (100 p.), régulier, faible. Matité légère dans la gouttière vertébrale; en avant, sonorité exagérée. Dans toute l'étendue de la poitrine, râles sous-crépitaux fins comme dans le catarrhe suffocant. Pas d'expectoration.

Les poumons étaient donc évidemment atteints d'une congestion intense. Mais, quelle était la cause de cette asphyxie si considérable et si brusque? M. M. Raynaud songea à un œdème aigu congestif du poumon produit probablement par des concrétions dans les veines pulmonaires.

Malgré un traitement énergique, le malade mourut le même jour, à 6 heures du soir.

AUTOPSIE. — Poumons. Tubercules ramollis et cavernules aux deux sommets, surtout à droite. Ecchymoses sous-pleurales. Augmentation notable du volume des deux poumons produite par un emphysème très prononcé, surtout dans la moitié-antérieure de chaque poumon. En arrière, congestion pulmonaire intense. Gros ganglions bronchiques caséeux.

Cœur. Dans l'auricule et l'oreillette droites, se trouve un caillot volumineux adhérent, purement fibrineux, d'aspect lardacé, qui se continue dans le ventricule droit avec un caillot gros comme un petit œuf de poule. Du caillot de l'oreillette partent deux caillots fibrineux, gros comme le doigt d'un enfant de dix ans, qui se rendent dans les veines caves supérieure et inférieure. Quant au caillot du ventricule, caillot fibrineux, adhérent, il se prolonge dans l'artère pulmonaire sous forme d'un caillot cylindrique à peu près du volume de l'index; au niveau des valvules sigmoïdes il présente, avec une grande netteté, l'empreinte de ces valvules. Dans l'artère pulmonaire, ce caillot fibrineux se trouve partiellement recouvert par un caillot cruorique présentant également l'empreinte des valvules sigmoïdes. Ce caillot remonte dans l'artère pulmonaire, se bifurque comme elle et suit ses ramifications.

Le cœur gauche et les autres viscères sont intacts. — En somme, les caillots du cœur droit et de l'artère pulmonaire ont été évidemment formés pendant la vie; il se serait fait en ces points, suivant l'expression de M. Raynaud, une sorte de *phlegmatia alba dolens*.

RÉFLEXIONS. — Cette observation constitue un exemple intéressant de formation intracardiaque de caillots ayant amené la mort. Les exemples de coagulations intracardiaques, se faisant peu à peu chez les phthisiques cachectisés et les tuant au bout de 3 à 4 jours, ne sont pas exceptionnels, comme l'a montré M. Bucquoy. Mais, il est beaucoup plus rare de voir cette formation de caillots entraîner aussi rapidement la mort que dans le cas précédent. Il est probable que, dans le cas actuel, la coagulation sanguine partie de l'auricule et de l'oreillette droite se sera rapidement étendue au ventricule droit. La mort sera survenue au moment où le caillot aura envahi l'artère pulmonaire et l'aura obstruée complètement.

24, Abscès du foie. Pleurésie. Tuberculose pulmonaire et intestinale ; par Alp. ROBERT, interne des hôpitaux.

Le nommé Vitos (François), garçon boulanger, âgé de 51 ans, entré le 8 janvier à l'hôpital Cochin, salle Saint-Philippe, n° 8, service de M. Bucquoy.

Antécédents héréditaires. Nuls. — Il a eu, il y a 15 ans, une fluxion de poitrine qui a duré deux mois et demi (pleurésie). Il ne boit pas trop, paraît-il, malgré le métier pénible qu'il exerce.

Actuellement, il est malade depuis le commencement de décembre; il eut alors un point de côté qui dura quelques jours, puis il se mit à tousser. Il a dû cesser tout travail il y a quinze jours. A son entrée, on constate les signes d'une pleurésie à épanchement médiocre. Dans le tiers inférieur du poumon droit, en arrière, existe de la matité avec absence du bruit respiratoire, tout à fait en bas; plus haut, la respiration est faible; les vibrations sont abolies dans toute cette étendue, mais il n'y a de souffle nulle part. Il n'y a pas de fièvre. Au sommet droit, l'on trouve de la matité et des craquements secs. Le malade est pâle, amaigri, c'est sans doute un tuberculeux.

Trois vésicatoires appliqués coup sur coup, des diurétiques font disparaître la plupart des signes de la pleurésie. Mais, la cachexie persiste néanmoins, sans que les signes constatés au sommet droit indiquent un progrès des lésions tuberculeuses.

Le malade est mis à l'arsenic (2 granules de dioscoride par jour). Il peut à peine se lever une demi-heure par jour, et, parfois même, il ne quitte pas son lit de la journée. La fièvre ne s'éveille pas; pas de sueurs la nuit. Il y a de l'anorexie, mais il n'existe ni diarrhée ni vomissements.

Le malade ne se plaint d'aucune douleur, le point de côté a disparu peu de jours après son entrée; il reste cependant une sensation marquée de gêne et de plénitude de l'hypochondre droit. C'est, d'ailleurs, un de ces sujets renfermés en eux-mêmes qui souffrent en silence et auxquels il faut arracher péniblement des réponses peu intelligibles. Il semble désirer par-dessus tout qu'on le laisse tranquille.

28 janvier. On constate de l'œdème des deux pieds atteignant la partie inférieure des jambes.

31 janvier. Malgré la répugnance du malade à subir toute espèce d'examen, on se décide à l'étudier à fond pour tâcher de saisir la cause de cette cachexie rapidement croissante. Il n'y a toujours pas de fièvre, et la température du soir

la plus élevée depuis le 22 janvier a été 38°,4 le 23. Le matin, le thermomètre s'abaisse au-dessous de 37°.

Au sommet droit, rien de nouveau; persistance de la matité accompagnée de gros craquements secs. Il n'y a rien à gauche. Du côté de la partie inférieure de la grande cavité pleurale, à droite, il semble de prime abord que les signes de la pleurésie ont reparu, mais ils sont purement négatifs et il y a de la matité jusqu'à l'angle de l'omoplate avec absence de bruit respiratoire, de souffle, de vibration et d'éophonie dans la même étendue. Au-dessus, le murmure normal reparaît sans transition. Il n'y a pas, comme d'habitude, de zone intermédiaire avec des signes atténués.

En examinant le malade, on est frappé d'une voussure manifeste de l'hypochondre droit, voussure sensible non seulement à la vue, mais à la main appuyée alternativement sur ce côté et sur l'autre côté du corps, en un point symétrique. Il semble même que la voussure soit plus apparente à la partie antérieure de la région, où les dernières côtes sont pour ainsi dire rejetées en dehors.

La mensuration des deux hypochondres, pratiquée au niveau des dernières fausses côtes, donne 455 millimètres pour le côté gauche, et 490 pour le droit, soit un écart de 35 millimètres en faveur du côté droit. La courbe cystométrique, prise au même niveau, ne montre pas de déformation particulière; partie des mêmes points de départ, la courbe du côté droit suit assez fidèlement celle du côté gauche, mais en l'encadrant à une assez grande distance.

La matité hépatique donne les résultats suivants : ligne axillaire, 21 centimètres; ligne mamelonnaire, 15 centimètres (matité commençant à 5 centimètres au-dessous du mamelon); ligne sternale, 6 centimètres.

Les limites inférieures de la matité du foie dépassent notablement le rebord des fausses côtes, mais, on ne peut sentir le bord tranchant de l'organe, le malade se contractant constamment et rendant la palpation très difficile. Toujours est-il que l'hypochondre doit présenter une résistance générale de toute la région qu'on ne trouve pas à gauche.

Nulle part de frémissement hydatique, pas de fluctuation; cependant, au niveau de l'angle épigastrique, il y a une partie du foie que la main exploratrice semble assez facilement déprimer. Partout on a la sensation d'une surface lisse et régulière. La pression n'exerce de douleurs en aucun point, tout au plus augmente-t-elle la sensation de gêne. La peau n'est pas cedématisée. Partout matité.

Il y a donc eu un abaissement très accusé du foie ou un développement anormal de cet organe. Pour qu'il y eût

abaissement, il faudrait que l'on fût en présence d'un épanchement considérable situé précisément à la face inférieure du poumon, dans la concavité de la base et refoulant le diaphragme; mais, alors, les symptômes fébriles seraient plus accentués et l'on aurait sans doute, au lieu du déjettement brusque des dernières côtes au dehors, une voussure à convexité plus régulière et plus étalée en quelque sorte.

M. Bucquoy s'arrêta donc à l'idée d'une affection hépatique (peut-être un kyste hydatique). T. A. 37°, 6. — R. 36 par minute.

2 février. Une ponction exploratrice, faite au moyen de l'appareil Dieulafoy, donne une cuillerée à bouche d'un pus très épais, de couleur jaune brun, sans odeur. Il est impossible d'obtenir davantage de liquide.

Aucun accident ne suit cette ponction pratiquée au niveau de la région la plus dépressible du foie, en plein épigastre, à trois ou quatre centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes.

Du 1^{er} au 10 février, la température n'a pas dépassé 37°, 4 le soir.

9 février. On décide de recourir à la méthode de Récamier. Application de pâte de Vienne au niveau du point le plus saillant de l'hypocondre, là où a été pratiquée la ponction.

12 et 14 février. 2^e et 3^e application de potasse caustique sur la première escharre incisée crucialement.

16 et 18 février. 4^e et 5^e cautérisation. Mieux sensible. L'appétit surtout se réveille.

27 février. Après sept à huit applications de caustique, on n'a pu encore atteindre les parois du kyste et la cachexie, après un court répit de quelques jours, a repris sa marche en avant. L'œdème des jambes est considérable, le teint est pâle, bistré, pas de frissons; toujours absence de fièvre. M. Bucquoy ponctionne ce matin le fond de l'escharre avec un trocart à hydrocèle de moyen calibre. Il ne s'écoule rien qu'un peu de sang, pas une goutte de pus, l'instrument, assez profondément enfoncé, ne paraît pas libre dans une cavité; M. Bucquoy est convaincu qu'il a fait sa ponction en plein tissu du foie, dans une région saine.

2 mars. Le malade s'affaiblit visiblement. L'escharre se détache.

3 mars. Mensuration qui donne à gauche 430 mill. et à droite 485 mill. Chose curieuse, il y a maintenant du tympanisme dans la région où a été pratiquée la ponction. A la base du poumon droit, les signes négatifs de pleurésie ou de tumeur hépatique (matité, absence de respiration, etc.),

se sont accrus, il y a même un léger souffle vers l'angle de l'omoplate. La dyspnée augmente.

4 mars. Les signes sont assez marqués pour imposer l'idée d'un épanchement. Ponction aspiratrice dans le septième espace, en arrière de la ligne axillaire. On retire 1200 grammes d'un liquide citrin, transparent. Les suites de cette opération sont des plus simples. La température, notamment, qui s'élevait à 38° environ depuis le 1^{er} mars, retombe à 37° dès le 9 mars.

25 mars. L'amélioration produite par la ponction disparaît. Il n'y a plus rien à signaler du côté de la poitrine, mais, le malade est tourmenté par une diarrhée persistante qui date du 10 mars environ et que rien ne peut arrêter. Notant en même temps un certain affaissement de l'hypochondre droit, M. Bucquoy émet l'hypothèse, très plausible, que l'abcès hépatique s'est vidé par l'intestin, et sans doute par le gros intestin, car, s'il y a de la diarrhée, il n'y a pas la lientérie que produirait probablement l'ouverture d'un foyer purulent dans l'intestin grêle.

30 mars. La cachexie marche de nouveau rapidement. La diarrhée est moins tenace et cesse à certains jours. Il n'y a toujours pas de douleurs dans la région du foie.

8 avril. Mensuration des deux hypochondres à 10 centimètres au-dessous du mamelon, 430 mill. pour le côté gauche, 460 pour le côté droit. En examinant le malade, qui évite de se plaindre afin qu'on le laisse tranquille, on découvre au niveau du neuvième espace intercostal droit, un peu en dehors de la ligne mamelonnaire, une légère saillie où la pression est très péniblement ressentie. On y sent très nettement crépiter des gaz qui, mêlés à du liquide, produisent un gargouillement des plus caractéristiques. Bruit de pot fêlé à la percussion. Comme la diarrhée a cessé depuis plusieurs jours et que la plèvre n'offre pas de nouveaux signes, il est à supposer que, dans le foyer hépatique, privé actuellement de communication avec l'intestin, il s'est accumulé du pus qui se fait lentement jour à l'extérieur.

9 avril. Incision du point fluctuant. Il s'écoule 200 grammes environ d'un pus chocolat, horriblement fétide, d'odeur stercorale. On plonge dans le foyer un drain qui pénètre assez facilement jusqu'à une profondeur de 12 centimètres, 2 lavages phéniqués par jour.

12 avril. Le liquide retiré à chaque lavage diminue de quantité et perd chaque jour de sa fétidité. L'état général s'améliore.

15 avril. Depuis quelques jours, la cavité ne reçoit plus qu'une petite quantité de liquide désinfectant, matin et

soin le drain est sensiblement repoussé au dehors (probable de la poche). L'appétit renaît, le facies est meilleur, les nuits sont bonnes; le malade semble marcher indubitablement à la convalescence; il ne se produit pas de nouveaux signes de ramollissement tuberculeux au sommet droit. On espère enfin pouvoir le tirer d'affaire après tant d'épreuves.

30 avril. L'œdème des jambes, qui n'avait jamais tout à fait disparu, augmente un peu. La convalescence ne fait pas de progrès, au contraire. Le malade fatigué ne veut plus quitter son lit. Il redevient hargneux, et ne veut pas qu'on le touche. Légère dyspnée.

2 mai. La dyspnée a notablement et brusquement augmenté, elle revient sous forme d'accès. L'appétit se perd. Le facies redevient jaunâtre. *A droite*, matité dans la même étendue qu'auparavant, mais le bruit respiratoire est absolument nul jusque dans la fosse sous-épineuse (épanchement probable). Respiration supplémentaire au niveau de l'épaule de l'omoplate, plus faible en avant. *A gauche*, en arrière, dans la fosse sus-épineuse, crépitation à grosses bulles humides; râles plus fins disséminés dans la fosse sous-épineuse; résistance au doigt et matité avec absence de bruit respiratoire au 1/3 inférieur (épanchement). En avant, respiration supplémentaire sous la clavicule, qui s'affaiblit et cesse tout à fait à la région précordiale, frottements à ce niveau. Battements du cœur nets et réguliers.

Extrémités froides et cyanosées; le malade, assis sur le bord de son lit, évite les moindres mouvements qui amènent promptement une orthopnée épouvantable, il gémit pour qu'on le laisse tranquille. La respiration est complètement terminale.

Depuis quelques jours, il y a issue par la plaie, qui ne fournit plus de pus, d'un liquide séreux qui tache fortement le linge en jaune. Le drain est retiré, car il fait souffrir le malheureux patient.

10 mai. L'écoulement du liquide verdâtre devient plus abondant; les accès de suffocation se rapprochent de plus en plus, et ont lieu, maintenant, presque toutes les heures. Le malade passe ses jours et ses nuits assis sur le bord de son lit, les jambes pendantes et très œdématisées. La respiration devient impossible quand il est couché ou qu'on cherche à le déplacer d'une manière quelconque. Les signes d'épanchement dans les deux plèvres se sont plutôt accrus; mais le malade, devenu absolument intraitable, ne veut pas consentir à ce qu'on le touche et repousse toute

ponction. Injections de morphine qui amènent un peu d'amélioration.

17 mai. Il succombe sans nouvel incident à noter.

AUTOPSIE le 19 mai. — A l'ouverture du thorax, la *plèvre gauche* se montre à moitié remplie d'un liquide fortement teinté en rouge. Elle est tapissée, dans presque toute son étendue, de fausses membranes récentes très vasculaires, et qui ont l'aspect grenu comme la langue d'un chat. A droite, épanchement séreux moins abondant avec inflammation néo-membraneuse moins accentuée. Les néo-membranes y sont aussi moins vascularisées.

Le *poumon droit* présente, au sommet, une caverne du volume d'une amande, recouverte d'une membrane pyogénique suppurante. Tout autour, le lobe supérieur est presque entièrement infiltré de tubercules très confluent à l'état cru. Quelques-uns, anciens, sont crétaqués. Plus bas, dans le tiers moyen, il y a quelques îlots de tubercules massifs. Sur la *plèvre*, il est assez difficile de distinguer, au milieu d'un exsudat récent, les produits de la tuberculose. Cependant, on observe par places de petits points arrondis, translucides, du volume d'une tête d'épingle, et qui semblent être des granulations grises très jeunes.

Au *poumon gauche*, tubercules massifs à l'état de crudité, au sommet; il y a également un gros nodule tuberculeux à la partie moyenne, on en trouve aussi dans le lobe inférieur. Les petites granulations de la *plèvre* sont encore moins faciles à trouver que du côté droit.

Cœur. Quelques plaques laiteuses sur le péricarde viscéral. Rien dans les cavités.

Foie. En examinant la *plèvre droite*, nous avons pu constater que le foyer ouvert au niveau des derniers espaces intercostaux était évidemment au-dessous du diaphragme, dont la convexité nous apparaissait moulée sur la convexité du lobe droit du foie. Effectivement, cette ouverture aboutissait, après un court trajet fistuleux intrapariétal, dans une cavité ayant la forme d'un sablier, avec un étranglement intermédiaire, situé en partie au-devant du foie, en partie dans l'intérieur du lobe droit de cet organe. L'étranglement des deux portions du sablier répond à la surface du foie. La partie du foyer située au-devant du foie n'a guère plus que le volume d'un petit œuf, celle qui répond à l'intérieur du parenchyme hépatique est un peu plus considérable. Les parois en sont formées partout par une membrane pyogénique noirâtre, séparée du tissu sain de la glande par une zone bien nette de tissu conjonctif nouveau

qui pénètre, en s'y insinuant, dans la substance hépatique jusqu'à une profondeur de 1 centimètre.

En incisant le colon transverse, nous trouvons sous l'angle droit une région déprimée en cul de poule et communiquant avec la partie déclive du foyer, ainsi que le montre un stylet introduit au pertuis. Autour de l'angle du colon, il s'est fait une sorte d'infiltration purulente dans l'épaisseur des feuillets de l'épiploon. Le lobe gauche du foie présente, çà et là, de la dégénérescence graisseuse. La vésicule biliaire, tout à fait rétractée, est revenue sur elle-même; elle est située derrière ce diverticulum colique du foyer dont nous venons de parler. Elle a le volume d'un petit œuf de poule très allongé, et son fond forme paroi en arrière pour la partie du foyer située entre le foie et le colon.

Le gros intestin présente quelques ulcérations qui paraissent être de nature tuberculeuse. Il en existe trois au voisinage de la fistule hépato-colique. La muqueuse du gros intestin est vascularisée jusqu'à son extrémité inférieure. Sur le péritoine pariétal et viscéral, nous trouvons un semis innombrable de granulations tuberculeuses variant depuis une petite vésicule à peine visible à l'œil nu, jusqu'à une tête d'épingle, sans qu'il y ait, comme phénomènes inflammatoires, autre chose que de légères arborisations vasculaires dans des points très circonscrits, au voisinage des granulations tuberculeuses les plus développées. Sur le péritoine du gros intestin, qui présente beaucoup moins de lésions que celui de l'intestin, nous trouvons quelques granulations grises répondant au fond des ulcérations; quelques tubercules jeunes sur la capsule de la rate. Il n'y en a pas à la surface du foie.

On n'a trouvé nulle part de vaisseaux lymphatiques tuberculeux. Les ganglions mésentériques sont légèrement tuméfiés.— Rien dans les autres organes.

RÉFLEXIONS. — Nous n'insisterons pas sur l'intérêt clinique de cette longue observation. Mais, nous nous demanderons seulement comment il serait possible d'interpréter la production de cet abcès hépatique. D'après la description, on a vu qu'il ne s'agit évidemment pas d'une angiocholite supprimée.

On pourrait se demander s'il ne s'agirait pas d'un de ces abcès du foie nés sous l'influence de lésions ulcéreuses de l'intestin. Mais, si l'on a bien suivi l'observation, on aura pu se convaincre que le malade était aussi peu tuberculeux

que possible à son entrée à l'hôpital; d'autre part, le volume du foie a été trouvé très considérable longtemps avant l'apparition de la diarrhée, qui a eu, au contraire, pour effet d'amener la diminution du volume apparent de l'organe malade. On a pu soupçonner, en effet, que cette diarrhée était consécutive à l'évacuation dans le gros intestin de la collection purulente hépatique, hypothèse qu'a pleinement confirmé l'existence de la fistule hépato-colique.

On pourrait, il est vrai, objecter à la rigueur qu'une ulcération tuberculeuse, sourdement développée depuis longtemps, avait pu dès longtemps amener dans le foie la formation d'un abcès. A cela il n'y a rien à dire.

Pour nous qui avons, dès le début, suivi constamment le malade, et qui avons été frappé du volume vraiment très considérable du foie avant l'apparition de tout symptôme intestinal, nous inclinons à voir dans ce fait un cas de kyste hydatique suppuré ouvert dans le gros intestin. On n'a malheureusement examiné les selles du malade que plusieurs jours après l'établissement de la diarrhée; aussi n'y a-t-on pu trouver de vésicules hydatiques. Quoi qu'il en soit de la source de cet abcès, nous espérons que les détails de l'autopsie ont pu convaincre le lecteur de ce fait intéressant à savoir, que la lésion hépatique était évidemment en voie de guérison, lorsque le malheureux malade a été achevé par la marche implacable de la tuberculose.

M. RENDU fait remarquer que les abcès du foie de nos pays qui ne se rattachent ni à la dysenterie ni à la fièvre typhoïde, sont consécutifs le plus souvent à une thrombose ou à une embolie partie d'une ulcération tuberculeuse.

25. Rétrécissement organique de l'œsophage. Perforation de la trachée et de la plèvre droite; par Alph. ROBERT, interne des hôpitaux.

Dodon (Placidie), 66 ans, piqueuse, entre le 4 août 1879, salle Saint-Jean, n° 19, service de M. le Dr BUCQUOY.

Cette femme, qui a toujours joui d'une bonne santé, ne présente aucun antécédent héréditaire ni personnel. Jamais d'affections de poitrine. Elle a eu plusieurs enfants encore bien portants. A diverses reprises, elle aurait éprouvé de violents chagrins.

Il y a deux mois environ, la malade commença à ressentir de la douleur en avalant. Douleur constrictive et qui

fut bientôt suivie de quintes de toux avec rejet des aliments solides. Un mois s'écoule et ni le pain, ni la viande ne peuvent plus passer; les aliments liquides seuls sont désormais avalés.

Dans ces derniers jours, la soupe elle-même ne peut plus être déglutie; il n'y a absolument que les potages très légers, les œufs et le lait qui soient supportés. La douleur, qui a été toujours s'aggravant depuis le commencement de la maladie, siège au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde et n'irradie nulle part.

La malade tousse depuis un mois et très fréquemment, surtout quand elle est couchée. Pas de sueurs la nuit. Elle a beaucoup maigri. Pas d'inégalité pupillaire. La partie supérieure du sternum est soulevée et comme bombée. Le pouls n'est pas inégal. Rien à l'auscultation, ni des poumons, ni du cœur, ni pendant la déglutition.

13 août. Bruit de glou-glou entendu en auscultant l'œsophage de la malade pendant la déglutition.

22 août. Toux et expectoration abondante. La malade n'avale toujours que des aliments liquides. — Même état général.

26 août. La dysphagie augmente. Expuition assez fréquente de crachats visqueux.

2 septembre. L'expuition incessante de mucosités tient la malade éveillée pendant toute la nuit.

4 septembre. Crachats rouges ce matin.

12 septembre. On pratique le cathétérisme œsophagien. Avec une olive de moyen calibre, on franchit d'abord un premier rétrécissement, puis on arrive sur un autre que l'on ne peut dépasser même avec la plus petite olive.

20 septembre. Nouvelle tentative. Nouvel insuccès.

16 octobre. La malade ne maigrit pas sensiblement. Elle peut encore avaler du bouillon et quelques aliments liquides. La déglutition semble même un peu plus facile depuis les essais de cathétérisme.

4 novembre. Hier, la malade a vomi les aliments liquides.

7 novembre. Nouvel essai de cathétérisme sans résultat complet.

24 novembre. M. Bucquoy, qui sondait pour la première fois la malade, remarque que la sonde, fermement maintenue, se heurtait à un cul-de-sac impossible à franchir. Au contraire, en la laissant presque libre entre les doigts, de manière à ce que l'œsophage la déglutisse pour ainsi dire; elle se dévie manifestement à gauche et pénètre assez facilement. Cette manœuvre implique évidemment que l'œso-

phage n'est pas libre du côté droit ni dans son axe même.

4 décembre. Le cathétérisme a été renouvelé plusieurs fois de la même manière. Il a toujours réussi et la malade peut avaler de nouveau pain, soupe, potages et même de la viande finement hachée.

31 décembre. Il y a eu, sous l'influence d'un cathétérisme plus complet et plus régulier, une alimentation plus facile et partant une amélioration générale des plus évidentes. Depuis le 25 décembre, on ne sonde plus la malade, l'œsophage paraissant assez facilement perméable pour la déglutition.

10 janvier. On pratique le cathétérisme, qui n'a pas été nécessaire depuis quinze jours. Il se fait toujours dans les mêmes conditions, et la déviation à droite de la partie restée libre de la sonde indique que l'œsophage n'est toujours accessible que du côté gauche. L'alimentation continue à se faire au moyen de bouillon et de viande hachée, mais la malade, de nouveau, recommence à se cachectiser assez rapidement. Elle est très maigre et son teint jaunit.

19 janvier. Nouvelle séance de cathétérisme qui ramène un peu de sang pour la première fois et est péniblement supportée. La cachexie continue ses progrès. La viande hachée ne peut plus être déglutie et la malade ne se nourrit plus que d'aliments liquides.

2 février. Essai infructueux de sondage à deux reprises différentes. Après les tentatives, expuition difficile de mucosités filantes renfermant quelques stries de sang rouge.

15 février. Encore une tentative sans succès. La malade, d'ailleurs, redoute beaucoup ces manœuvres qui lui sont douloureuses. La douleur est ressentie à la partie moyenne du cou. Cependant, bien que la sonde ne passe plus, ce cathétérisme, quoique incomplet, lui assure pendant quelques jours une déglutition moins pénible. Bouillons, lait, potages.

27 février. Notre malade tousse un peu depuis quelques jours. Il y a un mouvement fébrile le soir. Rien à l'auscultation. Anorexie. Plus de cathétérisme.

1^{er} mars. Elle continue à tousser et expectore depuis hier des crachats muco-purulents en médiocre quantité. Quelques râles de bronchite disséminés. — L'état général baisse, la fièvre persiste, mais toujours modérée.

7 mars. Point de côté entre les deux épaules depuis la veille. La toux persiste. Les crachats muco-purulents des jours précédents ont pris un caractère hémoptoïque (couleur chocolat) sans odeur, Râles de bronchite sans prédominance aux sommets ni aux bases. Rien à la percussion.

15 mars. L'état des voies respiratoires s'améliore ; les crachats hémoptoïques ont disparu ; ils sont maintenant blanchâtres et un peu visqueux. Déglutition de plus en plus difficile ; la soupe, le bouillon même ne passent plus, le lait semble trop épais. Constamment assise sur son lit, la malheureuse malade rend avec effort des mucosités glai-reuses qui ne renferment que très peu de sang et par inter-valles seulement. Pas de vomissements véritables ; douleur persistante à la région moyenne du cou, au-dessous du la-rynix, où l'on sent comme un empâtement profond. Les ganglions des régions latérales du cou sont tuméfiés et très durs depuis quelques jours déjà.

1^{er} avril. Les ganglions ont notablement augmenté, à droite surtout, où se présente une masse bondée, irréguliè-re, très visible avec la maigreur de la malade. Dégluti-tion douloureuse et presque impossible. Le lait ne passe plus que d'une manière intermittente. La malade ne s'ali-mente plus qu'au moyen de lavements de bouillon ou de vin. Muguet de la bouche et du voile du palais. Lavages alcalins.

10 avril. Rien de nouveau. La cachexie fait des pro-grès rapides.

20 avril. Tumeur véritable des ganglions du cou. Accès de dyspnée par intervalles et raucité de la voix. Rien dans les poumons n'explique ces phénomènes. Tout au plus y a-t-il un léger souffle au niveau de la bronche gau-che. On continue les lavements.

1^{er} mai. Aggravation. Emaciation extrême. *Aphonie* complète maintenant ; tellement que, pour entendre ce qu'elle dit, il faut approcher l'oreille vers sa bouche. Expuition in-cessante de mucosités visqueuses.

Jusqu'au 9 mai, tel a été le tableau ; ce jour-là, la malade est agonisante à la visite du matin. L'intelligence a été conservée jusqu'au bout et la malheureuse demande la mort qui arrive à midi.

AUTOPSIE le 3 mai, 46 heures après la mort. — A l'ou-verture du cadavre, on aperçoit au niveau du sommet du poumon droit la plèvre adhérente d'une part à la colonne vertébrale, de l'autre à la masse cancéreuse qui présente, à ce niveau, une large perforation des dimensions d'une pièce de cinq francs, communiquant avec l'œsophage. La plèvre viscérale n'offre à cet endroit qu'un petit noyau can-céreux.

L'œsophage est sain jusqu'à 6 centimètres au-dessous du cartilage cricoïde. A partir de ce point, son calibre est obstrué par trois ou quatre bourgeons blancs rosés, mous

et qui reportent à gauche la lumière du conduit. Au-dessous de ces bourgeons existe une large ulcération, au niveau de laquelle toute structure normale des tissus a disparu. L'ulcération est grisâtre, irrégulière et couverte de détritrus membraneux qu'un filet d'eau fait flotter. Elle entame l'œsophage sur une hauteur de quatre à cinq centimètres et cesse brusquement, en laissant au-dessous d'elle une muqueuse saine en apparence. En profondeur, cette lésion a fait disparaître *complètement* les tuniques de l'œsophage, aussi, les parois de l'ulcération qui les remplacent sont-elles formées sur les côtes par des masses ganglionnaires, en arrière par la colonne vertébrale, en avant par la trachée entamée elle-même sur sa paroi postérieure, à sept centimètres au-dessous des cordes vocales inférieures, où elle présente une perforation allongée en boutonnière, de deux à trois centimètres. Autour de cette ulcération, la trachée paraît atteinte dans toute son épaisseur, sur une longueur de cinq à six centimètres et sur une largeur de deux centimètres. La paroi intérieure du conduit aérien est simplement vascularisée. Sur un des côtés de l'ulcération œsophagienne, on a trouvé le pneumogastrique formant paroi et baignant dans les tissus sains. Les récurrents n'ont malheureusement pas pu être disséqués ni même retrouvés. Rien dans le larynx.

Toute la partie inférieure du canal œsophagien, jusqu'au cardia, est également vascularisée. L'injection est à son maximum au niveau du cardia où la muqueuse présente même quelques légères érosions. Aucune lésion, appréciable à l'œil nu, de l'estomac. La trachée et l'œsophage sont entourés de gros ganglions dégénérés.

Le *poumon droit* présente disséminés huit à dix noyaux blanchâtres, de un à deux centimètres carrés, siégeant pour la plupart sous la plèvre. Ces noyaux ont à la coupe une teinte gris rose; ils sont mollasses, gélatiniformes, et l'on en exprime par le raclage une grande quantité de suc cancéreux; ils ont plutôt, en somme, l'aspect de noyaux encéphaloïdes.

Le *poumon gauche* ne présente pas, comme le droit, de petites lésions isolées, mais deux grosses masses siégeant dans le lobe inférieur, à la périphérie, pour de là s'enfoncer dans le parenchyme de l'organe. Pas de tubercules au sommet. Les lésions organiques dominent visiblement dans les lobes inférieurs.

Notons que les ganglions médiastinaux interbronchiques et même intrapulmonaires ont leur volume habituel et paraissent normaux, sauf une légère pigmentation qu'on

sait être très ordinaire. Il n'y a pas non plus de lésions macroscopiques des lymphatiques sous-pleuraux. Rien au cœur.

Le foie présente un état assez avancé de cirrhose à petites granulations. La rétraction n'y est pas encore très prononcée, mais il y a, concurremment avec la lésion scléreuse en voie d'évolution, une dégénérescence graisseuse étendue à l'organe tout entier. — Rate petite et normale. — Reins un peu gros et fermes, mais sains d'ailleurs. — L'encéphale n'a pas été examiné.

Au point de vue histologique les lésions, de l'œsophage et des poumons étaient presque exclusivement constituées par des cellules épithéliales. Mon collègue et ami Assaky, préparateur de M. le professeur Rouget, doit remettre une note à cet égard.

26. Gros abcès du foie d'origine calculuse. Ouverture dans l'arrière cavité des épiploons; par F. GENDRON, interne provisoire.

Le nommé G..., Etienne, âgé de 61 ans, entre le 17 mai à l'hôpital Necker (service de M. DELPECH). Depuis fort longtemps, ce malade est affecté de coliques hépatiques; les premières crises ne remonteraient pas à moins de 25 ans; il rapporte que, plusieurs fois, elles ont été suivies de coloration jaune de la face.

Les renseignements qu'on obtient sur l'époque et le mode d'apparition, sur la marche des accidents qui l'amènent à l'hôpital sont malheureusement assez vagues. Ce serait depuis quinze jours qu'il serait tombé tout à fait malade, souffrant beaucoup dans la région hypochondriaque droite, avec gêne respiratoire, fièvre. Dans les jours qui ont précédé son arrivée à l'hôpital, son état serait devenu plus grave; il est survenu un ballonnement considérable du ventre, une diarrhée opiniâtre.

Le malade se présente avec des phénomènes fébriles, une oppression très marquée; les respirations sont fréquentes, la face et les lèvres un peu cyanosées; à l'auscultation, on constate aux deux bases des poumons un engorgement assez étendu. Rien de particulier pour le cœur. La langue est blanchâtre, l'inappétence complète; il n'y a pas de vomissements, mais un état nauséux et une diarrhée abondante formée de matières liquides et verdâtres. En même temps, il existe un ballonnement considérable du ventre; la percussion et la palpation sont assez bien supportées. Le malade est porteur d'une hernie inguinale

gauche, assez volumineuse, très ancienne et depuis longtemps irréductible; des pressions méthodiques ne permettent pas de la faire rentrer, elles ne provoquent pas de douleur, déterminent quelques gargouillements; on peut constater que la tumeur herniaire est sonore et contient une certaine quantité de matières solides. Enfin, on reconnaît que la région hépatique est sensible aux pressions; la percussion donne des dimensions très réduites pour la matité hépatique dans la ligne mamelonnaire, mais la coexistence du météorisme ne permet d'attacher aucune importance à ces résultats plessimétriques. De même, l'état cyanosé des téguments ne laisse guère juger du degré de l'ictère, dont l'existence est cependant démontrée par l'examen des conjonctives et l'analyse des urines. Tout cet ensemble permet de songer à des accidents d'engouement herniaire, avec des réserves au sujet d'altérations hépatiques.

Le soir, la tympanite a encore augmenté, la dyspnée est accrue; il n'y a pas de vomissements; des gaz et des matières liquides sortent par le bout inférieur de l'intestin.

19 mai. Le ballonnement du ventre a notablement diminué, mais, le soir, il revient à des proportions plus énormes encore que la veille; le colon transverse soulève tout l'épigastre, les parois abdominales sont dans un état de tension extrême, les troubles dyspnéiques s'exagèrent, la cyanose s'accroît et le malade succombe dans la nuit.

AUTOPSIE. — Lorsque la cavité abdominale est ouverte, on est d'abord frappé par l'énorme distension des côlons, la portion transverse envahit presque tout l'épigastre. On constate que la hernie est constituée par l'S iliaque, on peut introduire l'index dans l'anneau inguinal et arriver ainsi dans le sac herniaire, en reconnaissant que le collet du sac n'exerce aucune constriction sur l'anse herniée; mais, en disséquant les enveloppes, on voit qu'elles sont soudées les unes aux autres et que le viscère est uni à la paroi du sac. Au niveau du collet du sac, l'intestin est injecté, boursoufflé et couvert de quelques fausses membranes. — Dans toute la grande cavité péritonéale se montrent les altérations vulgaires de la péritonite aiguë généralisée, les anses sont agglutinées entre elles, recouvertes par places de fausses membranes molles; dans les flancs et dans l'excavation pelvienne se trouve de la sérosité citrine, en quantité relativement minime; le grand épiploon est rétracté vers l'épigastre. C'est à la région hépatique que siègent les lésions les plus importantes: le foie présente des adhérences multiples à sa face convexe avec le diaphragme, mais surtout à sa face inférieure et dans sa moitié droite; là, il

contracte des adhérences avec le grand épiploon rétracté, avec les deux premières portions du duodénum; l'épiploon gastro-hépatique est reconnu difficilement dans cette masse confuse où est englobée la vésicule biliaire; les rapports normaux sont modifiés; le lobe droit du foie s'étend dans le flanc droit, et son bord tranchant est remplacé par une tumeur arrondie. En déchirant une de ces adhérences, on peut voir, en un point de la face inférieure du foie, sourdre du pus blanc et crémeux, en même temps qu'il s'en écoule aussi provenant des parties qui viennent d'être détachées de la glande, comme si on venait de rompre une communication entre deux foyers. L'ouverture par laquelle sort le pus est située immédiatement au-dessus de la première portion du duodénum; en débridant largement cet orifice, on tombe dans une vaste poche qui n'est autre que l'arrière-cavité des épiploons; elle contient environ un litre et demi de pus blanc jaunâtre, bien lié, et ne renferme aucun calcul; le péritoine limitant cette collection, qui s'étend jusqu'à la rate et répond à la face postérieure de l'estomac, est épaissi, villeux, couvert de fausses membranes.

Le foie est augmenté de volume aux dépens de son lobe droit, son poids est de 2 kil. 150. En dehors du sillon de la vésicule, il offre une tumeur saillante, arrondie, tranchant sur le reste de l'organe par sa teinte rouge foncé et sa moindre consistance; à sa face inférieure, auprès du sillon, se trouve l'orifice qui communiquait avec la poche péritonéale. En pratiquant une coupe à ce niveau, on ouvre une cavité ayant à peu près la dimension d'un petit œuf de poule, dont les parois sont imprégnées de pus épais, déchiquetées, villeuses, ramollies: c'est bien le parenchyme même de l'organe qui semble envahi par la suppuration; au niveau de l'ouverture de cet abcès, il n'y a plus qu'une mince coque de tissu. — Voici maintenant ce que nous révèle la dissection des voies biliaires. Le canal cholédoque, immédiatement au-dessous de son origine, contient deux calculs bruns, juxtaposés, l'un du volume d'une grosse noisette, l'autre de la grosseur d'un haricot; ces calculs sont irréguliers, aussi leur présence pouvait-elle ne pas entraîner une rétention absolue de la bile. Au-dessus, le canal hépatique est dilaté et peut recevoir la phalange du petit doigt, ses parois sont épaissies et fibreuses. La vésicule biliaire est très petite, rétractée; elle ne contient qu'un très petit calcul et pas de pus, ses parois sont fibreuses et dures; son col est libre, ainsi que le canal cystique qui est dilaté et fibreux. Dans la branche de bifurcation du canal hépatique qui se porte vers le lobe droit, se trouvent juxtaposés

deux petits calculs représentant ensemble le volume d'une petite noisette. En poursuivant vers le lobe gauche, on trouve seulement, et par places, dans les ramifications intra-hépatiques, une sorte de boue jaune. En ouvrant les divisions qui plongent dans le lobe droit, on constate qu'elles sont dilatées; elles contiennent un sable fin ou une boue jaune s'amassant en certains points; il s'y mêle de petits graviers dont les dimensions varient d'une tête d'épingle à un pépin de raisin; plusieurs de ces canaux renferment du pus jaune, lié, bien limité par leurs parois régulièrement dilatées; on peut poursuivre cette dissection assez loin, suivre même quelques conduits jusqu'au niveau de l'abcès, mais, le ramollissement du tissu en ce point ne permet guère de préciser leur rapport avec le foyer purulent. La veine porte et ses premières ramifications ne présentent rien de particulier.

La *rate* est assez grosse, elle pèse 400 grammes, a une consistance moyenne, — Les *reins* sont normaux. — Rien à noter sur l'*estomac*, l'enveloppe séreuse de sa face est épaissie.

Les *poumons* sont congestionnés aux bases; le droit a contracté des adhérences assez solides avec la plèvre diaphragmatique et costale. — Le *cœur* est généralement dilaté, flasque; poids 400 grammes.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs points de vue: 1° par les dimensions de l'abcès du foie, bien supérieures à celles que présentent communément les abcès biliaires; 2° par la voie suivie par le pus, et le mode de succession des accidents.

L'ouverture d'un abcès du lobe droit du foie dans l'arrière-cavité des épiploons n'a rien de surprenant, si on songe aux changements de rapports des viscères, si communs d'ailleurs. La façon dont nous l'avons découverte, les caractères absolument identiques du pus dans les deux poches, ne laissent aucun doute sur cette communication. — Mais, en outre, il nous paraît très vraisemblable qu'elle s'était faite depuis un certain temps déjà, et préexistait à la péritonite généralisée qui est venue enlever le malade. Nos renseignements sur les antécédents du sujet sont trop vagues et notre observation à l'hôpital a été de trop courte durée, à la vérité, pour pouvoir servir à étayer cette opinion; mais il semble qu'ici, à défaut de données cliniques, il existe certaines particularités anatomo-pathologiques

pour la justifier. D'abord, la quantité énorme de pus collecté dans l'arrière-cavité ne peut y avoir été versée d'un seul coup par l'abcès hépatique dont les dimensions n'excédaient pas celles d'un œuf; il y a donc lieu de croire que, l'abcès une fois ouvert, la suppuration de la poche hépatique a continué à se faire, et le produit s'en est écoulé au fur et à mesure dans la cavité. D'autre part, les altérations du péritoine limitant cette cavité offraient l'aspect de lésions déjà anciennes. Au contraire, dans la grande cavité péritonéale, pas d'adhérences solides, épanchement très peu abondant, séreux, bien différent de la collection rétro-stomacale. D'après cela, il est manifeste qu'il s'agissait d'altérations bien distinctes et non contemporaines, et que les lésions trouvées dans la grande cavité péritonéale répondaient à une péritonite générale développée consécutivement, par propagation, sans doute, et dans les derniers temps.

27. Rupture de l'intestin grêle sans solutions de continuité des parois abdominales; par T. BLÉ, interne provisoire.

Louis Fillion, 32 ans, maçon, entre le 16 mars 1880, service de M. B. ANGER.

Cet homme vient de tomber, quelques instants auparavant, de l'échafaudage d'une maison en construction. Sa région dorsale a porté sur le pavé tandis que les planches qui le suivaient dans sa chute ont comprimé sa paroi abdominale antérieure.

Examiné dès son entrée, le malade accuse une vive douleur au niveau de l'épigastre. Sa face est pâle, ses extrémités refroidies. Nulle trace de plaie sur l'abdomen, et seulement une ecchymose peu étendue au niveau de la région lombaire droite.

Le lendemain, lundi 17 mai, on constate au matin les signes d'une péritonite suraiguë : douleur, ballonnement du ventre, vomissements jaunâtres, ténésme vésical très pénible, fièvre intense et face hippocratique.

18 mai. Même état. — Comme la veille, d'ailleurs, parmi les symptômes de la péritonite, deux particulièrement attirèrent notre attention. Toutes les fois que le malade prenait quelque boisson, la douleur devenait paroxystique, une véritable crise le torturait pendant quelques minutes. En second lieu, le malade n'a pas uriné une seule fois et

la sonde n'a donné issue qu'à trois ou quatre gouttes d'urine. Traitement : Ong. merc. bell. et catap. émollients. Boissons glacées. Opium.

19 mai. Aggravation des signes de la péritonite. Le malade meurt dans la soirée.

AUTOPSIE faite 24 heures après la mort. — A l'ouverture de la cavité abdominale s'échappe une quantité considérable de gaz fétides.

L'intestin est noyé au milieu d'un liquide purulent et de matières fécales épanchées dans la cavité péritonéale. En plusieurs points, il est enroulé de longs tuyaux membraneux. La paroi intestinale est ecchymosée au niveau du jéjunum, au voisinage de la perforation. En déroulant l'intestin, on reconnaît facilement une perforation. Elle siège à l'origine du jéjunum, sur la convexité de l'intestin. Sa forme est ovale; ses dimensions sont à peu près celles d'une pièce de cinquante centimes. Déjà, la muqueuse revêt d'un bourrelet les bords de la perforation et empiète sur la tunique séreuse.

Nous n'avons pu trouver sur tout ce trajet de l'intestin les traces d'altérations pathologiques antérieures.

RÉFLEXIONS. — Cette observation mérite d'attirer l'attention à plusieurs titres. L'intestin a été déchiré sans trace de plaie sur les parois abdominales et sans altérations pathologiques antérieures jouant le rôle de causes prédisposantes.

Le siège de la perforation, près du duodénum et de l'estomac, explique comment les boissons allaient irriter la cavité péritonéale déjà enflammée et déterminer les accès douloureux. Enfin, signalons la situation de la déchirure sur la convexité de l'intestin, tandis que dans une observation analogue recueillie par M. Guinard et présentée à la Société anatomique il y a quelques jours, on voyait la perforation siéger le long du bord mésentérique.

M. RENDU. Il serait important de rechercher expérimentalement le mécanisme suivant lequel se produisent ces diverses ruptures, dont les unes occupent le bord libre et les autres le bord adhérent de l'intestin grêle.

28. M. FÉRÉ présente un *polype du col utérin* remarquable par l'existence d'un *double pédicule*. Il s'agit probablement de deux polypes muqueux accolés.

29. M. STACKLER montre les pièces provenant d'une autopsie.

sie de *syphilis viscérale*. Le foie est envahi par une cirrhose et par des gommes ; il existe un ramollissement encéphalique, le foyer siège au haut de la pariétale ascendante. Les poumons sont infiltrés d'ilots blanchâtres et creusés par places de cavernules.

30. M. POIRIER montre un arrêt d'ossification des os du crâne trouvé à l'autopsie d'un enfant de 13 ans, ayant succombé à une périostite phlegmoneuse diffuse du tibia.

31. M. KARTH présente une *invagination intestinale* longue de 15 centimètres. Il existe des ulcérations tuberculeuses au voisinage de l'invagination.

32. M. MALÉCOT montre un *enchondrome du moignon de l'épaule*.

33. M. OLIVE présente un volumineux calcul logé dans l'uretère gauche d'un homme mort d'infiltration d'urine.

Séance du 28 mai 1880.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

34. **Végétations globuleuses du cœur. Myocardite interstitielle chronique. Infarctus pulmonaires. Lésions gastriques ;** par le D^r Maurice LETULLE.

Le 25 avril entre à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur VULPIAN, la nommée Buttet, 65 ans. Cette femme ne peut fournir aucun renseignement sur son état pathologique. On sait seulement qu'elle est malade depuis plusieurs mois. Au moment de son entrée, elle présente un œdème léger des membres inférieurs, mais les téguments sont envahis par une cyanose considérable. Dyspnée très marquée, respiration courte et saccadée, régulière, R. 56 ; le pouls est petit, misérable, presque imperceptible, 100 à 112 pulsations par minute ; les extrémités sont froides ; on entend à peine les bruits du cœur, qui paraissent réguliers ; pas de bruit anormal à la région précordiale, mais la pression la plus légère au niveau des espaces intercostaux de cette région éveille une douleur extrêmement vive, qui arrache un cri aigu à la malade. Il

n'y a pas de pouls veineux, bien que les veines jugulaires soient gorgées de sang.

La respiration est rude dans la moitié supérieure des deux poumons, en arrière, tandis qu'aux deux bases elle est très faible et s'accompagne de râles muqueux, sous-crépitants, nombreux, disséminés. A la partie antérieure du poumon droit, au niveau du sein, on entend une bouffée de râles sous-crépitants fins, humides, en même temps que les bruits respiratoires paraissent légèrement soufflants (infarctus?)

Les urines ne peuvent être examinées. Constipation habituelle; troubles digestifs depuis longtemps; inappétence; langue saburrale.

Le diagnostic porté est : dilatation du cœur, probablement secondaire à une lésion mitrale. Vésicatoire sur la région précordiale, régime lacté, café, bromure de potassium, toniques; tel est le traitement institué dès le premier jour.

Les jours suivants, la dyspnée augmente ainsi que l'œdème décline, les extrémités se refroidissent, le pouls disparaît presque complètement aux radiales, bien que les bruits du cœur soient encore perceptibles à l'oreille et paraissent très faibles mais assez réguliers. La malade succombe au bout de huit jours à cette asphyxie progressive.

AUTOPSIE. — Elle est surtout intéressante par les lésions cardiaques qu'elle nous a révélées. Le cœur, en effet, est volumineux, son poids est de 482 grammes lorsqu'on a retiré les caillots cruoriques énormes qui remplissent ses cavités gauches et droites. Le ventricule gauche contient dans sa cavité, insérées pour la plupart au voisinage de la pointe, une vingtaine de *végétations globuleuses*. Toutes ces masses grisâtres, dont la surface libre dans la cavité ventriculaire est lisse et régulière, offrent, quelles que soient leurs dimensions, une forme généralement arrondie ou ovoïde, et adhèrent intimement à l'endocarde. La plus grosse, que l'on a coupée en incisant la paroi cardiaque, occupe la pointe même du ventricule; elle a les dimensions d'une petite noix. Trois autres végétations, de la grosseur d'une cerise, l'avoisinent; les autres, beaucoup plus petites, présentent le volume d'un gros pois, d'une lentille; elles sont disséminées dans la cavité ventriculaire, cachées pour la plupart au milieu des colonnes charnues. Toutes sont ramollies à leur centre et semblent autant de kystes contenant un liquide grisâtre assez épais.

Dans le cœur droit, on aperçoit également quelques végétations globuleuses, beaucoup moins grosses que la plupart de celles logées dans le ventricule gauche; c'est

surtout dans la cavité de l'oreillette droite, et principalement dans l'auricule que se sont accumulées ces petites masses hématiques. Là, leur contenu a un aspect puriforme, blanc-grisâtre, bien qu'on n'y puisse déceler que de rares leucocytes.

Les orifices du cœur sont à peu près normaux; léger athérome au début au niveau des valvules aortiques.

En pratiquant sur les parois ventriculaires des sections nettes à l'aide d'un scalpel, on voit que le myocarde est profondément altéré. Des travées fibreuses sillonnent dans tous les sens les masses musculaires; sur certains points même, ces îlots de tissu conjonctif hyperplasié sont tellement larges qu'ils amincissent considérablement l'épaisseur de la paroi du ventricule gauche. On assiste en ces régions au début du travail de formation des anévrysmes du cœur. C'est, en effet, particulièrement au voisinage de la pointe du ventricule et vers sa face antérieure que ces zones de myocardite interstitielle sont les plus nombreuses. Dans ces régions, on peut constater aisément que les plaques fibreuses du myocarde sont, de préférence, rapprochées de l'endocarde auquel elles affleurent sur certains endroits. Ainsi se trouve expliqué, croyons-nous, pour le cas actuel, d'une part, le nombre vraiment considérable de végétations globuleuses du cœur gauche, et, d'autre part, leur siège de prédilection au voisinage de la pointe du cœur.

D'ailleurs, dans les régions du cœur où les travées de myocardite interstitielle échappent à l'œil nu, le myocarde est encore altéré, car il offre une teinte jaune saumon pâle, très remarquable.

Il n'existe pas de lésions bien manifestes des valvules du cœur. Les sigmoïdes de l'aorte sont un peu épaissies, mais suffisantes. L'orifice mitral paraît un peu dilaté. La mensuration des deux orifices auriculo-ventriculaires donne: or. tricuspide, 125 millim., or. mitral, 115 millimètres.

Poumons. Deux infarctus récents, l'un à la base du lobe moyen, l'autre au sommet du lobe supérieur, à 5 centimètres en arrière de la partie proéminente du sommet.

Emphysème pulmonaire considérable dans toute la hauteur des deux poumons. Quelques îlots de pneumonie hypostatique aux deux bases. Pas d'œdème bien notable du poumon. On découvre dans l'artère pulmonaire un caillot fibrino-cruorique récent, qui commence au niveau même du pédicule du poumon, et s'étend en se ramifiant dans les différentes branches qui avoisinent l'infarctus pulmonaire.

Les reins sont légèrement atrophiés à leur surface, leur capsule est un peu adhérente. Les artères du rein, très athé-

romateuses font saillie sur les coupes.— *Rate* petite et dure. — *Foie*, 1,500 grammes, un peu muscade; les veines sus-hépatiques paraissent un peu dilatées.

L'estomac est très congestionné. Le long de la grande courbure, la muqueuse présente une trainée de quatre taches noirâtres, hémorrhagiques, semblant être des foyers hémorrhagiques sous-muqueux. Ces foyers font saillie sur la surface de la muqueuse, ils ont une consistance dure, sont arrondis, mesurent de 1 à 2 centimètres de diamètre, et rappellent en somme parfaitement les infarctus pulmonaires. Au voisinage de ces foyers hémorrhagiques, on aperçoit quelques cicatrices blanchâtres, arrondies, au niveau desquelles la muqueuse est déprimée, ces cicatrices semblent indiquer la période de réparation avancée des foyers hémorrhagiques voisins. Le reste de la muqueuse gastrique est sain.

Encéphale. Athérome notable, étendu à toutes les artères de la base. On ne trouve pas d'anévrysmes miliaires ni de lésions appréciables de la substance nerveuse.

RÉFLEXIONS. — L'intérêt de l'observation précédente réside surtout dans l'existence d'une artérite chronique généralisée ayant produit des désordres multiples dans le cœur, les reins et l'estomac. Les végétations globuleuses se sont développées de préférence dans le cœur gauche, sans doute par suite de la prédominance des lésions du myocarde ventriculaire. Il est bien certain, en effet, que, quelque explication pathogénique qu'on accepte pour la formation des végétations globuleuses intra-cardiaques, un point capital ne fait jamais défaut, c'est l'atonie, la parésie du cœur. Dans tous les cas publiés depuis les célèbres observations de Laënnec, le cœur est forcé, dilaté, le muscle cardiaque profondément altéré, soit par la dégénérescence granulo-graisseuse, soit, comme dans le cas actuel, par la myocardite interstitielle d'origine artérielle.

Nous avons mis en relief ce petit détail qui nous avait frappé lors de l'autopsie; c'est que les végétations globuleuses du ventricule gauche étaient surtout accumulées au voisinage des plaques fibroïdes myocarditiques plus ou moins rapprochées de l'endocarde.

Laënnec avait déjà noté, incidemment, la coïncidence des végétations globuleuses du cœur et de la sclérose cardiaque. Nous relevons en effet, dans l'observation II de l'admirable

chapitre (1) qu'il consacre à cette lésion méconnue jusqu'alors, les lignes suivantes : « On remarquait, dit-il, à la surface interne de ce ventricule (le gauche) et à peu près vers son milieu, une ou deux plaques blanches de la grandeur de l'ongle, très fermes et peu épaisses. Elles paraissent déve-loppées sous la membrane interne à laquelle elles adhèrent intimement..... » Le malade dont parle Laënnec avait une cirrhose hépatique et de l'athérome aortique.

Dans ces conditions, les végétations globuleuses représentent, en réalité, une thrombose spontanée en tout comparable à la thrombose artérielle qui se développe au niveau des départements vasculaires envahis par l'artérite chronique. D'autant mieux que, comme l'a pu établir Balzer dans un cas remarquable publié dans nos bulletins (2), souvent l'endocarde est légèrement altéré au point d'insertion de la végétation. Seulement, pour le cœur, le thrombus produit par la stagnation du sang dans la cavité dilatée et par le dépôt spontané et les efforts successifs de leucocytes, ce thrombus est lavé sans cesse par le courant sanguin. Il prend peu à peu une forme lisse, il s'arrondit même dans les régions où l'ondée sanguine peut circuler facilement autour de lui. Si le thrombus se dépose à la pointe même du cœur, souvent il y formera une large poche, anfractueuse, mais étalée et non globuleuse. Ce sera surtout contre les parois, au milieu des colonnes charnues, que les thrombus s'arrondiront le mieux.

Un détail encore très remarquable dans le cas actuel, comme dans la presque totalité des faits publiés, c'est le peu de retentissement qu'ont ces végétations globuleuses sur le sang qui les entoure. Les caillots qui les peuvent cacher à l'autopsie sont, d'ordinaire, cruoriques, agoniques ou produits *post-mortem*. Il semble que la végétation globuleuse s'isole au milieu de la colonne liquide qui glisse sur elle. Les leucocytes qui la constituent en grande partie, comme l'a bien établi Pitres, ne forment pas un centre de coagulation pour la fibrine du sang qui baigne la couche externe, véritable coque leucocytaire. La végétation ainsi abandonnée à elle-même dans la cavité cardiaque, vieillit ; son contenu,

(1) *Auscult. médiate*, t. III, p. 360. Paris, 1826.

(2) *Soc. Anat.* 1875.

primitivement formé par des leucocytes et des hématies, comme nous avons pu le constater dans un cas postérieur au fait présent, son contenu se désagrège; et, si le malade résiste assez longtemps aux lésions cardiaques valvulaires ou pariétales qui accompagnent les végétations globuleuses, des complications peuvent apparaître, causées par les végétations elles-mêmes (embolies pulmonaires ou artérielles). Dans notre observation précédente, les infarctus pulmonaires ne pouvaient se rattacher (si l'on accepte toutefois l'origine nécessairement embolique des infarctus du poumon) qu'à la présence des végétations globuleuses développées dans le ventricule ou dans l'auricule du cœur droit. Nous rappellerons, cependant, qu'aucune d'elles ne nous a paru rompue, et que nous n'avons pas trouvé sur l'endocarde droit de traces de lésions pouvant faire croire à l'embolie possible d'une ou de plusieurs petites végétations.

35. Muscle ansiforme sus-claviculaire. Tenseur de l'aponévrose cervicale superficielle; par M. Louis DUBAR, interne des hôpitaux.

En disséquant à l'amphithéâtre des hôpitaux la région sus-claviculaire dans le but de pratiquer la ligature de l'artère sous-clavière en dehors des scalènes, nous avons rencontré un petit muscle dont l'existence nous était complètement inconnue.

Nous avions cru tout d'abord qu'il s'agissait du muscle omoplate-hyoidien; mais, nous n'avons pas tardé à nous apercevoir, d'une part, que ce muscle était plus superficiel que l'omo-hyoidien, et que, d'autre part, si, comme ce dernier, il se dégageait au niveau du bord antérieur du trapèze pour traverser la région sus-claviculaire, il ne tardait pas à s'infléchir vers le bord supérieur de la clavicule, contrairement à l'omo-hyoidien qui se dirige en haut vers l'os hyoïde.

Nous avons procédé alors, avec le plus grand soin, à la dissection de la région sus-claviculaire. La peau, rejetée de chaque côté jusqu'aux limites de la région, le peaucier détaché de haut en bas et rejeté au-dessous de la clavicule, nous sommes arrivés sur l'aponévrose cervicale superficielle. Nous avons aperçu alors, par transparence, un faisceau musculaire de 7 à 8 millimètres de largeur, décrivant une anse à concavité inférieure, dont les deux extrémités répondaient à la clavicule et paraissaient se confondre, en

dedans avec le faisceau claviculaire du sterno-cleido-mastoidien, en dehors avec le faisceau claviculaire du trapèze.

Au-dessus de ce muscle, l'aponévrose cervicale superficielle est lisse, unie, assez forte. Au-dessous, elle ne paraît formée que par quelques tractus cellulux. Cette aponévrose, après avoir tapissé la face antérieure du muscle, se réfléchit au niveau de son bord inférieur ou concave sur la face postérieure. Il en résulte qu'elle se dédouble sur le bord supérieur convexe du muscle et qu'elle lui forme une enveloppe complète.

Une veine, appartenant au groupe des jugulaires antérieures, traverse une partie de la région sus-claviculaire en dehors de l'aponévrose, croise l'anse musculaire et pénètre au-dessous d'elle dans le tissu cellulaire qui se trouve au-dessus de la partie moyenne de la clavicule.

Quels sont les points d'insertion de ce muscle? En dedans, il s'attache sur la face supérieure de la clavicule à 5 ou 6 millimètres en arrière de l'insertion du faisceau claviculaire du sterno-cléido-mastoidien, par un petit tendon grêle, à fibres nacrées, qui présente une longueur d'un centimètre environ. En dehors, il s'insère par un tendon beaucoup plus fort, aplati, nacré, sur la face inférieure de la clavicule au voisinage d'un tubercule qui donne attache au ligament coraco-claviculaire, à un centimètre en avant du tendon d'insertion du muscle sous-clavier.

Le muscle isolé dans toute son étendue, nous avons recherché l'omo-hyoidien, que nous avons trouvé avec ses insertions normales et présentant un développement assez prononcé. De même, le muscle sous-clavier a sa situation et son volume habituels.

En résumé, le petit muscle que nous venons de décrire, se rencontre à la partie inférieure du triangle sus-claviculaire, entre deux feuillets de l'aponévrose cervicale superficielle. Il s'attache par ses deux extrémités sur la clavicule et représente assez bien une anse dont la convexité est dirigée en haut.

En se contractant, ce faisceau musculaire devait tendre à prendre une direction rectiligne, à s'abaisser, et, par conséquent, on peut le regarder comme un tenseur de l'aponévrose cervicale superficielle. Il présente une grande analogie avec le muscle omo-hyoidien, qui est tenseur de l'aponévrose cervicale moyenne.

Ce muscle se rencontrait avec la même forme et les mêmes insertions à gauche et à droite.

Nous l'avons recherché sur plusieurs autres cadavres sans le rencontrer. Il n'est signalé dans aucun des livres

qui traitent des anomalies musculaires. C'est donc un muscle absolument exceptionnel.

36. Tumeur hydatique du foie suppurée, comprimant le hile du foie et communiquant avec les voies biliaires. Angiocholite suppurée. Méningite; par Albert JOSIAS, interne des hôpitaux.

Le nommé Dogemon Dominique, âgé de 60 ans, menuisier, est entré le 8 mai 1880, à l'hôpital Tenon, salle Gérando, n° 17, dans le service de M. le D^r H. RENDU.

Ni antécédents de famille, ni commémoratifs personnels. Ce malade n'aurait jamais fait d'excès alcooliques. — Athérome. — Il y a quinze jours à trois semaines, sans cause connue, le malade raconte avoir ressenti une série de frissons durant plusieurs jours; il y a huit jours, il fut pris de diarrhée et devint jaune. Depuis ce moment, la diarrhée et la coloration jaune persistent, ce qui occasionne au malade un grand affaiblissement et le contraint à entrer à l'hôpital.

Actuellement, pas d'embarras gastrique. — Langue normale, appétit conservé. — Selles blanches décolorées. — Teinte ictérique très prononcée de la peau et des conjonctives. — Démangeaisons intolérables.

Le foie est augmenté de volume, dur, douloureux; les veines sous-cutanées sont manifestes sur la partie droite de l'abdomen. — Les bruits du cœur sont normaux. Le poulx est régulier. Les urines sont ictériques. — Traitement: quatre ventouses scarifiées sur la région du foie; eau de Vichy; une pilule d'aloès.

10 mai. Cessation de la diarrhée. Insomnie. — Appétit conservé. — Soif intense. — Le premier bruit du cœur est fortement frappé, sans dédoublement; pas d'accentuation du deuxième bruit. — Poulx lent, vibrant, régulier. — Le foie paraît moins dur, moins volumineux. — Bain alcalin.

12 mai. Teinte ictérique aussi prononcée; les selles sont moins blanches, Le foie, si douloureux au début, supporte la pression de la main; le prurit est moins intense. — Calomel 0.40 centig.

16 mai. Envies fréquentes de vomir.

17 mai. Les téguments prennent une coloration jaune verdâtre. Le malade se plaint d'une douleur hépatique. — Le foie tuméfié est, en effet, douloureux à la pression de la main. Injection de chlorhydrate de morphine 0.01 centigramme. — Pas de souffle cardiaque, mais les bruits sont

affaiblis, mal frappés. — *Soir* : Pouls régulier, plein, fréquent : 108. Peau chaude. T. A. 38°. Démangeaisons vives, intermittentes. Langue humide. Inappétence, soif vive, selles blanches. Urines icteriques abondantes. Persistance de la douleur hépatique, qui est cependant moins vive. Même état du cœur. — Céphalalgie.

19 mai. Même état. Application d'un vésicatoire sur la région du foie.

20 mai. Vomissements. Fièvre. Délire. Pouls à 120. Langue sèche, non fuligineuse. Aphasie. Pas d'anorexie. Lorsque le malade veut répondre aux questions qui lui sont posées, il commence une phrase, s'embrouille et s'arrête. — Vision non troublée. — La salive est blanche; la sérosité du vésicatoire est jaune. — Quelques irrégularités cardiaques; de temps en temps un faux pas. — Foie, 15 centimètres de hauteur. — *Soir* : Agitation extrême, délire continu qui nécessite la mise de la camisole. — La pression des liens a donné lieu à des traînées bulleuses à contenu jaunâtre; sur les membres abdominaux, nombreuses taches de purpura. — Sur la poitrine, une macule purpurique. — Epistaxis. — Même état du cœur.

Le malade ne répond plus aux questions que nous lui adressons. — Pupilles normales. Pas de paralysie. — De temps en temps il jette de simples cris, mais ne prononce aucune phrase, n'articule aucun mot. Pouls à 128.

21 mai. Piqueté purpurique sur les membres inférieurs. Epistaxis. Délire moins accentué. Affaiblissement des bruits du cœur. Les urines sont très abondantes. — T. : jaborandi, 4 gr.; ext. mou de quinquina, 4 gr.; limonade.

22 mai. Mort à une heure du matin. Depuis la veille il est resté dans le coma.

AUTOPSIE. — Foie volumineux, déformé; le lobe droit est très atrophié; le lobe gauche hypertrophié d'une façon complémentaire et compensatrice. Entre les deux lobes existe, en avant et en arrière, une incisure profonde. L'incisure antérieure est occupée par la vésicule biliaire qui déborde de six centimètres; l'incisure postérieure est comblée par une tumeur adhérente au diaphragme, et d'une façon assez intime pour qu'il ne soit possible de la séparer que par la dissection. La poche de la tumeur est très épaisse, fibreuse. Cette tumeur, très volumineuse, sépare les deux lobes du foie et empiète sur la face inférieure, entre le lobule de Spigel et le lobe carré, en comprimant le hile du foie. Dans l'intérieur de cette tumeur existent de nombreuses poches hydatiques; ces vésicules hydatiques

sont très fortement teintées par la bile, ce qui prouve que, depuis longtemps, le kyste était en communication avec les voies biliaires. La face inférieure de la poche est tapissée par un exsudat épais, mêlé de sang et de bile. Pendant la vie, cette poche devait comprimer très fortement le canal cholédoque.

Le tissu du foie est d'un vert olivâtre ; il est sillonné par des dilatations variqueuses, qui ne sont autres que les voies biliaires très distendues et remplies de pus. A la coupe, on les voit béantes avec des parois épaissies, et il s'échappe de la lumière de ces conduits un liquide bourbeux, jaune verdâtre, constitué par du pus, de la bile et des éléments épithéliaux. Cette angiocholite suppurée est surtout marquée au niveau de la poche. Au niveau du lobe droit, tous les canaux sont remplis de pus. Dans le lobe gauche, à la partie postérieure, existent des cavernes véritables, formées par la distension des canaux biliaires. Il n'y a pas de périhépatite. Le foie pèse 2 kilog. 650 gr. — La rate est ligneuse, normale : 320 gr. — Reins jaunes, infiltrés de bile. La substance corticale paraît atrophiée. Le rein droit pèse 205 gr. ; le rein gauche 195 gr.

Cœur. Le ventricule droit n'est pas hypertrophié (16 centimètres le long de bord droit). — Orifice de l'artère pulmonaire, 8 cent. ; orifice auriculo-ventriculaire droit, 10 cent. et demi. Orifice auriculo-ventriculaire gauche, 10 centimètres. Pas de lésions valvulaires ; en somme, peut-être un peu de dilatation du cœur droit.

Un petit caillot dans le ventricule droit, pesant 6 gr. ; un caillot semblable, de même poids, dans l'oreillette gauche. Quelques caillots colorés par la bile et pesant 6 gr., dans l'aorte. Tous ces caillots fibreux étaient les uns rouge brun, les autres jaune orange.

Poumons congestionnés. — *Péritoine.* Ascite peu considérable. — *Méninges* épaissies, purulentes, principalement en arrière et à droite. A gauche, les méninges sont congestionnées. — *Cerveau* légèrement teinté en jaune.

En somme, tous les viscères sont infiltrés de bile.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru intéressante à publier, en raison des lésions anatomiques que nous avons constatées, c'est-à-dire une méningite suppurée survenant dans le cours d'une véritable intoxication biliaire. Sans insister sur le diagnostic de l'affection hépatique qu'on ne peut faire d'une façon absolue, nous ferons remarquer que l'ictère put être considéré, au début, comme

de nature catarrhale, plus tard, comme un ictère grave, malgré l'absence du tableau classique inhérent à chacune de ces affections. Quant à l'idée de kyste hydatique, nous n'avions pas cru devoir nous y attacher, étant données d'une part la soudaineté, la rapidité des accidents, et, d'autre part, l'impossibilité de reconnaître l'existence d'une poche située dans une région inaccessible à nos moyens d'investigation. Les lésions inattendues que l'autopsie nous a permis de relever expliquent amplement les symptômes qui ont été observés dans le cours de cette maladie.

37. Cancer encéphaloïde de la vessie ? Pyélo-néphrite ; urémie. Mort ; par F.-A. Hüz, interne des hôpitaux.

Quelquejeu Jean-Edmée, 73 ans, entre le 12 mai 1880 au n° 26 de la salle Saint-Victor, dans le service de M. GILLETTE, à Bicêtre.

Depuis cinq mois, il s'est aperçu qu'il s'affaiblissait et maigrissait assez rapidement ; depuis deux mois seulement, il a commencé à souffrir du côté du bassin : c'étaient des pesanteurs, puis des douleurs assez vives contondantes, parfois même brûlantes, irradiant dans toute la région et provoquées par les émissions d'urine. — Cette douleur s'exaspérait à la fin de la miction et atteignait alors son maximum au méat urinaire. Jamais, avant son entrée dans notre salle, il n'avait eu d'hématuries, jamais son linge n'était taché de sang ; lui-même l'assure et les renseignements pris à cet égard sont formels. Dans les derniers temps, les urines étaient parfois peu colorées ; d'autres fois, surtout le matin et le soir, elles étaient chargées et contenaient un peu de matière puriforme, blanchâtre. La constipation était habituelle et difficilement vaincue par les purgatifs et les lavements. L'appétit allait s'amointrissant, en même temps qu'apparaissait une soif continue et, à son entrée, le malade présente un aspect cachectique assez marqué, sans coloration spéciale de la peau, de teinte blafarde.

Rien dans les antécédents héréditaires. Une hémorrhagie assez légère, paraît-il, d'une durée d'un mois, vers l'âge de vingt ans. On ne sait s'il y eut des coliques néphrétiques. Pas de graves maladies antérieures.

Quelques jours avant l'entrée à l'infirmerie, l'écoulement de l'urine devint involontaire et presque continu. A l'entrée, on constate une hyperesthésie générale ; le malade est très irritable et semble beaucoup souffrir de l'introduction de la sonde. Le catéthérisme s'opère facilement et donne

issue à de l'urine sanglante contenant des flocons grumeleux, blanchâtres, analogues à ceux qui se déposaient depuis quelque temps en grande quantité au fond du vase. Le toucher rectal, par lequel on croyait arriver sur une grosse prostate, permet de sentir une masse dure, large, située assez haut et comprimant le rectum ; on diagnostique : cystite fongueuse avec grosse prostate, et on pratique le lavage de la vessie au moyen d'une solution saturée d'acide borique. Dans la journée, le malade a quelques frissons, la bouche devient sèche et la température monte à 39°,5. — Bain ; sulfate de quinine 0 gr. 60 ; capsules de térébenthine.

Ce premier cathétérisme ayant peu réussi, on s'abstient de le renouveler les jours suivants. L'urine, de plus en plus épaisse, visqueuse et de moins en moins abondante, présente un dépôt puriforme et sanguinolent. L'odeur en est ammoniacale, très forte, putride parfois et rappelant celle de la macération anatomique. Les douleurs sont continues ou à peu près, l'appétit est presque nul, la langue sèche et le sommeil absent.

Le 18 mai, l'odeur de l'urine qui s'écoule presque continuellement devenant exagérée, on introduit lentement dans la vessie une petite sonde en gomme et on pratique encore un lavage avec la solution saturée d'acide borique. Bien que le tout ait été fait avec de grandes précautions, l'injection revient mêlée de sang. Dans la journée, frisson et fièvre.

Trois jours avant la mort, le 19 mai, le malade, de plus en plus prostré, tombe dans un coma accompagné d'une respiration courte et pénible. En même temps, la peau, souvent couverte d'une sueur fétide, prenait une coloration légèrement jaunâtre qu'elle n'avait pas jusque-là.

22 mai. Le coma va croissant et le malade meurt à 10 heures du matin.

AUTOPSIE 18 heures après la mort. — *Abdomen* : Pas d'épanchement, pas d'adhérences.

Vessie : Globuleuse, du volume des deux poings, comprimant le rectum ; on aperçoit sous le péritoine, à sa face supérieure et postérieure, de petites masses arrondies, tranchant par leur coloration blanc jaunâtre sur la couleur plus foncée de la séreuse. On enlève facilement la vessie de l'excavation du bassin, et la verge ayant été fendue sur la face supérieure, on entre dans la cavité vésicale sans avoir rencontré de rétrécissement, seule, la portion membraneuse de l'urètre présente un peu de rougeur, d'épaississement et de friabilité de la muqueuse.

La cavité vésicale, fort réduite comme capacité, occupe

la partie antérieure et un peu supérieure d'une masse encéphaloïde, du volume des deux poings environ. Cette masse très fongueuse, végétante, s'effrite avec facilité et offre sur la partie qui proémine ainsi dans la vessie une coloration générale grisâtre, avec des îlots bruns ou rougeâtres. Fendue suivant une direction antéro-postérieure, elle présente l'aspect macroscopique de l'encéphaloïde peu vasculaire, blanc rosé, avec des foyers ramollis. La muqueuse vésicale au pourtour de la tumeur est parsemée de petites masses cancéreuses isolées et de volume variable. Les uretères sont dilatés, le droit est encore facilement perméable et ne traverse que peu du tissu de la tumeur; la gauche vient s'ouvrir entre deux mamelons du néoplasme, simulant un col de l'utérus. Son trajet à travers la masse est d'environ 7 centimètres, un peu tortueux et cloisonné par des brides. Aussi, cet uretère est-il plus dilaté que le droit et le rein correspondant offre-t-il des lésions plus avancées que son congénère. La prostate est atrophiée, facilement délimitée, bien qu'elle ne donne au toucher qu'une sensation peu nette; elle est tout à fait en dehors de la tumeur et ne saurait, par conséquent, être incriminée comme point de départ.

Rein droit. Bassinet très dilaté, plein d'un liquide purulent. La muqueuse est grisâtre et épaissie. Nombreux petits kystes dans la substance corticale réduite à une épaisseur d'à peine 2 centimètres.

Rein gauche. Très diminué de volume, portant à sa surface, un peu vers sa périphérie, deux assez gros kystes à contenu jaunâtre. Ouvert, il se montre réduit à une mince coque d'où partent des cloisons irrégulières convergeant vers le hile. Il en résulte la formation de cryptes profondes au fond desquelles on trouve les fragments d'un calcul en forme de plaque convexe, stratifié, de couleur noirâtre.

Foie. Ramolli, diffluent, couleur feuille morte; 1340 gr. — *Rate.* Diffluyente, capsule portant des noyaux saillants de périsplénite simulant, sauf le volume, des tubercules gris.

Estomac. La muqueuse de la grosse tubérosité présente des arborisations et quelques ecchymoses ponctiformes. Pas d'ulcération. La région pylorique semble saine. — Rien dans l'intestin qu'une coloration violacée par places.

La vésicule biliaire distendue, épaissie, contient environ 150 à 200 petits calculs polyédriques noirs, dont le plus gros atteint le volume d'un pois. Elle renferme de la bile jaune.

Cœur. Poids, 308 gr. Les cavités sont colorées fortement en rouge-brun; cette coloration est marquée principalement sur toutes les valvules, saines d'ailleurs, et se prolonge dans l'artère pulmonaire et l'aorte. — Le ventricule gauche est légèrement hypertrophié et ses parois mesurent 2 cent. d'épaisseur.

Poumons. Adhérences anciennes à gauche, au sommet; à droite, dans presque toute l'étendue du viscère. — A peine un peu de congestion.

Cerveau. Infiltration oedémateuse des méninges, de coloration légèrement opaline. — Rien ailleurs, artères saines, pas de décoloration de la substance cérébrale, à peine un peu de piqueté de la substance blanche.

La tumeur vésicale donne au raclage un suc blanchâtre, grumeleux qui, au microscope, se montre composé de cellules rondes à deux ou trois noyaux, de cellules fusiformes plus grandes, et de très grandes cellules polymorphes à plusieurs prolongements.

RÉFLEXIONS. — Nous croyons utile d'insister sur quelques points de cette présentation et de faire remarquer :

1° L'évolution rapide de la tumeur et sa localisation à la vessie.

2° L'absence d'hématuries ou, dans tous les cas, d'hématuries notables jusqu'au jour où on a sondé le malade pour la première fois.

3° La présence dans les urines d'un dépôt spécial dont l'examen microscopique n'a malheureusement pas été fait, mais qui pouvait donner de précieux renseignements pour le diagnostic.

4° Enfin, le point de départ du néoplasme, l'existence de petits noyaux disséminés dans la muqueuse, au pourtour de la tumeur principale, nous autorise à penser que celle-ci a débuté par la muqueuse du bas-fond et de la paroi postérieure, pour envahir ensuite la couche musculaire et s'étendre de proche en proche jusque sous le péritoine qu'elle avait, jusqu'à ce moment, respecté.

Quant à la nature intime de la tumeur, l'examen histologique, dont M. Malassez a bien voulu se charger, permettra de se prononcer.

M. HOUËL fait remarquer que les carcinomes de la vessie sont relativement fort rares. Il faut noter ici que la tumeur paraît pédiculisée, et qu'il n'y a pas traces de généralisa-

tion cancéreuse. Il semble qu'il s'agisse plutôt d'un *fungus*.

M. FÉRÉ. Il s'agirait de savoir ce qu'on doit entendre par *fungus* de la vessie. Les *fungus* sont, pour la plupart sinon pour la totalité des cas connus, des épithéliomas. Quant au carcinome de la vessie, il existe un certain nombre de faits bien étudiés. On pourrait aisément en réunir une cinquantaine dans les recueils scientifiques et dans les musées. La généralisation est extrêmement rare dans le carcinome vésical; on en compte peut-être 7 ou 8 exemples; la raison en est dans la marche rapide de la maladie.

38. Etranglement d'une hernie inguinale congénitale droite chez un enfant de neuf mois; opération; étranglement consécutif d'une hernie congénitale gauche; appoplexie testiculaire; par Ch. FÉRÉ, interne des hôpitaux.

Le nommé Floranze Anginti, âgé de 9 mois, est apporté le 6 mai 1880 dans le service de M. le professeur GUYON, à l'hôpital Necker,

Peu de temps après sa naissance, les parents avaient remarqué la présence d'une tumeur dans l'aîne droite. Cette tumeur s'affaissait ordinairement quand l'enfant était tranquille. Quand l'enfant eut deux mois, on le fit voir à un médecin qui reconnut qu'il existait aussi une hernie dans l'aîne gauche et fit porter un bandage double. Pendant quatre ou cinq mois, les deux hernies paraissent avoir été assez bien contenues, mais il y a deux mois environ, les parents s'aperçurent qu'elles passaient par dessous les pelotes. L'enfant avait en même temps un peu de diarrhée; le bandage fut enlevé complètement. Depuis lors, les deux tumeurs se sont accrues librement et descendaient dans le scrotum; elles diminuaient quand l'enfant était tranquille, mais sans disparaître tout à fait comme auparavant.

Jusqu'au 4 mai, l'enfant se portait assez bien, sauf qu'il avait de temps en temps quelques coliques qui duraient peu. Le 4, au matin, il avait encore eu une selle normale. Dans la nuit du 4 au 5, il fut pris de vomissements; il ne rendait d'abord que du lait caillé, mais, le lendemain matin, les vomissements devinrent verdâtres, se répétèrent toutes les heures, puis, toutes les demi-heures, et à intervalles de plus en plus rapprochés, jusqu'au moment où l'enfant fut apporté à l'hôpital. Ce n'est que le 5 que l'on s'aperçut que la hernie du côté gauche ne rentrait plus du

tout; on fit venir un médecin qui reconnut que la hernie était étranglée, pratiqua un taxis qui, au dire des parents, paraît avoir été très-modéré et ne dura que deux ou trois minutes et n'obtint aucun résultat. Cette première tentative faite à onze heures du matin fut suivie d'une autre à peu près semblable vers trois heures, après que l'enfant eut été mis dans un bain tiède pendant vingt minutes, le résultat fut également nul; on se contenta alors d'appliquer des cataplasmes chauds sur la tumeur irréductible.

Dans la nuit du 5 au 6, le ballonnement du ventre est devenu considérable, la tumeur est plus tendue; l'enfant n'a pas eu de selles depuis le 4 au matin, et il continue à vomir des matières verdâtres. Cet état s'est maintenu et aggravé dans la journée du 6, et on l'apporta dans la soirée à l'hôpital.

Le 7 au matin, à six heures, nous trouvons le petit malade avec un état général grave; il est très pâle, couvert de sueur; ses extrémités sont froides et violacées, il a une espèce de hoquet qui se répète toutes les deux ou trois minutes, et, de temps en temps, il s'écoule de sa bouche une certaine quantité de matière verdâtre et fétide; le tympanisme est très prononcé, mais les pressions sur le ventre ne paraissent pas douloureuses. Le scrotum du côté droit est rempli par une hernie qui a le volume d'un gros œuf et qui rentre assez facilement par l'anneau inguinal, qui laisse pénétrer le petit doigt, et se reproduit de même; le testicule bien descendu est situé en dedans et en arrière de la tumeur, et ne rentre pas dans le ventre avec elle. Le côté gauche du scrotum est distendu par une tumeur rénitante, ovoïde du volume du poing, se prolongeant en haut jusqu'au niveau de l'anneau inguinal; cette tumeur paraît irréductible; elle est mate à la percussion, non transparente, non fluctuante. L'exploration la plus minutieuse ne permet pas de reconnaître la présence du testicule. Après un bain, une tentative de réduction reste infructueuse. T. 37°, P. 120. Cataplasmes.

A dix heures du matin, l'opération de la kélotomie est pratiquée par M. Guyon, après une tentative de réduction sous le chloroforme. On fait une incision de sept centimètres de long dans la direction du canal inguinal; les tissus sont divisés couche par couche jusqu'à la séreuse, qui est incisée sur la sonde cannelée aussitôt après l'ouverture du sac, on voit s'écouler environ une cuillerée de sérosité roussâtre, l'intestin violacé fait vivement saillie; on l'attire au dehors et on reconnaît que le sac contient une anse d'intestin grêle qui a plus de 20 centimètres de long.

On ne peut introduire le hermatome ~~courbe~~ qu'avec une grande difficulté, et on fait deux petits débridements, l'un en dehors et l'autre un peu en haut. L'intestin paraît très aminci au niveau de la constriction, et présente un cercle un peu blanchâtre; mais, la séreuse semble saine, et on pratique la réduction qui se fait avec beaucoup de peine à cause des cris que pousse l'enfant à qui on a cessé de donner du chloroforme, parce qu'il respirait très mal. Le testicule est trouvé dans le sac, il paraît d'un volume au moins double de celui du côté opposé; il est très tendu et présente une coloration d'un violet très foncé, l'épididyme a un aspect analogue, et les vaisseaux du cordon sont gorgés de sang. On fait le pansement antiseptique après avoir placé quatre sutures profondes et huit sutures superficielles. La hernie droite rentre facilement mais ressort de même.

Au bout d'une heure, l'enfant paraît mieux, il tète et ne vomit plus. Trois heures après l'opération, il a eu une selle très liquide jaune-verdâtre.

A la visite du soir, je trouve l'enfant vomissant de nouveau des matières verdâtres; il a la face grippée, le ventre très ballonné, les extrémités froides. T. 36°, 5, P. 140. La hernie du côté droit est sortie et il m'est impossible de la faire rentrer par le taxis prolongé pendant cinq minutes. L'enfant meurt le lendemain matin avant la visite.

AUTOPSIE. — L'encéphale ne présente aucune lésion. Le cœur est sain, Les deux poumons sont fortement congestionnés dans toute leur étendue.

Le tube digestif est distendu par des gaz. — Au niveau du canal inguinal gauche, on trouve plusieurs anses intestinales congestionnées et à surface dépolie; après les avoir soulevées, on voit couler un peu de liquide puriforme dans le petit bassin. Sur une de ces anses, on trouve une perforation qui laisserait passer une lentille, à contours irréguliers; après avoir ouvert l'intestin à ce niveau, on voit que la muqueuse est ulcérée transversalement dans une étendue à peu près double. On ne trouve pas de trace de lésion à l'autre extrémité de l'anse herniée (l'intestin a été ouvert dans toute sa longueur).

Au niveau du canal inguinal, on trouve le péritoine qui tapisse ses parois, rouge, vascularisé, et ses deux feuillets opposés accolés sur certains points. Au niveau de l'anneau externe, le sac présente un épaississement circulaire qui a été incisé sur deux points, et sur lequel on reconnaît très nettement des stigmates. L'orifice formé par ce collet laisse passer la phalange de l'index. Les lèvres de la plaie offraient déjà quelques adhérences. Le testicule se montre

exactement sous le même aspect que nous lui avons trouvé au moment de l'opération. A la coupe, on voit très bien qu'il y a du sang extravasé dans le tissu de l'organe. Ce n'est pas une simple congestion, il s'agit d'une hématoécèle testiculaire sans aucune solution de continuité de la vaginale viscérale. L'engorgement des vaisseaux du cordon remonte jusqu'à l'anneau.

Du côté droit, on voit s'engager dans le canal inguinal une anse d'intestin grêle de 12 centimètres de long. Cette anse était fortement serrée au niveau de l'anneau externe; ses parois sont gorgées de liquides, très épaissies; il n'existe aucune lésion apparente au siège de l'étranglement; pas de liquide dans le sac. Au niveau de l'anneau, on trouve un épaississement annulaire du sac un peu moins considérable que du côté opposé, mais sur lequel on reconnaît aussi, facilement, l'existence de plis agglutinés d'ancienne date. — Le testicule n'est pas dans le sac herniaire qui ne communique sur aucun point avec la vaginale située en arrière. Ce testicule ne présente aucune lésion apparente.

L'examen microscopique du testicule gauche ne fait que confirmer l'opinion qu'on se faisait de la lésion d'après l'aspect macroscopique; voici, en peu de mots, les renseignements qu'a bien voulu nous donner notre ami Brisaud, à cet égard.

Le tissu du testicule proprement dit n'est plus reconnaissable. Les tubes urinaires sont écartés les uns des autres par la suffusion sanguine; mais, chose assez remarquable, le sang n'a pu pénétrer dans leur intérieur. Ils sont revêtus d'une couche de cellules cubiques comme à l'état normal (du moins à l'état d'indifférence fonctionnelle de l'organe, c'est-à-dire pendant l'enfance).

Le tissu interstitiel qui, pendant les premières années de la vie, représente la majeure partie du parenchyme testiculaire n'existe plus ici. Tous les intervalles des tubes sont remplis de sang. Il est impossible de rien distinguer qui rappelle la configuration des cloisons celluleuses intertubulaires tapissées de cellules plasmatiques et sillonnées de vaisseaux. Au voisinage de ce qui correspond topographiquement au corps d'Highmore, on peut cependant reconnaître quelques vaisseaux sanguins, surtout des artérioles; mais il n'y a pas moyen de reconstituer leurs rapports avec les parties avoisinantes, attendu que le sang a tout dissocié.

L'absence d'inflammation épithéliale à l'intérieur des tubes et la parfaite régularité de distribution du sang dans le tissu interstitiel permet de supposer que l'hématoécèle a

du se produire dans un laps de temps fort court, peut-être même instantanément, par rupture de plusieurs gros vaisseaux. D'ailleurs, l'examen de l'épididyme et de l'extrémité inférieure du cordon fournit à cet égard quelques renseignements utiles.

Les conduits épидидymaires, beaucoup plus précoces dans leur développement que les tubes séminifères, sont revêtus de leur épithélium cylindrique à cils vibratiles. Seulement, il est manifeste que cet épithélium et que la paroi même des conduits ont été irrités depuis peu de temps, de façon à présenter les caractères d'un état sub-inflammatoire.

D'autre part, les veines du cordon gorgées de sang, épaissies, distendues, variqueuses renferment par places des caillots fibrineux qui indiquent que soit une simple obstruction de ces vaisseaux, soit une phlébite, a dû se produire depuis un certain temps déjà. — Malheureusement, l'hémorrhagie s'est étendue jusqu'à la tête de l'épididyme et jusqu'à la partie inférieure du cordon, de telle sorte qu'il est presque impossible de savoir si le processus oblitérant a été celui de la phlébite ou celui de la coagulation simple. Il existe donc une hématoçèle totale du testicule, ayant respecté les tubes séminifères, et s'étant probablement produite instantanément; et une hématoçèle de l'épididyme, sans doute progressive, par conséquent plus ancienne que la précédente, s'étant développée peu à peu sous l'influence d'une oblitération presque complète des veines du cordon.

RÉFLEXIONS. — Cette observation présente deux points intéressants à remarquer : 1° l'étranglement consécutif de la deuxième hernie ; 2° l'hématoçèle testiculaire diffuse, qui se présente avec des caractères tels qu'on ne peut pas la considérer comme d'origine traumatique, mais bien plutôt comme une *apoplexie* provoquée par la compression des vaisseaux au niveau de l'orifice herniaire.

M. MONOD. La rareté de l'hématoçèle parenchymateuse testiculaire traumatique, chez l'adulte du moins, est dans la résistance considérable de la tunique albuginée. M. Terrillon et moi, après Béraud et Rigal, avons fait quelques expériences et avons reconnu, comme ces observateurs, que la rupture de l'albuginée est nécessaire pour produire l'épanchement du sang intratesticulaire. Dans le cas actuel, s'agit-il d'une hématoçèle récente produite par les taxis répétés ? C'est ce que l'examen histologique permet-

tra d'établir : on trouvera, en effet, un certain nombre de tubes spermatiques conservés au milieu de l'hémorrhagie diffuse.

39. Double kyste hydatique du cervelet. Mort rapide; par
L. GALLIARD, interne des hôpitaux.

Edmond D..., fondeur en cuivre, 33 ans, entre le 20 mai 1880 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Louis, n° 22, dans le service de M. HAYEM.

Il prétend n'avoir jamais eu de maladie grave, jamais de maladie vénérienne, jamais de rhumatismes, il ne fait guère d'excès alcooliques.

Il y a 4 jours, pendant son travail, il a été pris brusquement d'une vive douleur à la nuque. La veille de son entrée, il a eu du vertige et un vomissement. Au moment où nous le voyons, il se plaint uniquement de sa névralgie. La douleur est intermittente, elle revient toutes les cinq ou dix minutes, avec des exacerbations momentanées, empêchant le sommeil la nuit et provoquant quelquefois des cris par son extrême violence. Cette douleur a son point de départ au niveau des premières vertèbres cervicales, de là elle se porte d'arrière en avant à l'occiput et au vertex, atteignant même le front. La tête est le siège de sueurs abondantes. La langue est blanche. P. 104. Pas de constipation, une selle tous les jours.

21 mai. La nuit n'a pas été bonne, le malade est assis sur son lit, anxieux, portant la main à la région occipitale douloureuse. Purgatif.

22 mai. Mêmes phénomènes. Sulfate de quinine, 1 gramme. Le malade a quelques vertiges. On remarque qu'il chancelle un peu en descendant au jardin. Nous commençons à observer une certaine raideur du cou. Pas de symptômes abdominaux ni thoraciques. Pas de phénomènes douloureux du côté des membres.

25 mai. Le sulfate de quinine, élevé à la dose de 1,20, ne produit pas d'amélioration. Les caractères de la névralgie persistent sans qu'on puisse leur trouver d'explication. A la visite du soir, le malade se plaint encore, il s'est appliqué sur le front des compresses froides. Injection sous-cutanée de 1/2 centigramme de chlorhydrate de morphine. Cette injection ne calme pas les douleurs et le sommeil ne survient pas; le matin du 26 mai, le patient se lève pour laisser faire son lit et tombe brusquement à terre sans connaissance, se roidissant, mais sans écume à la bouche, d'après le dire de ses voisins; on le remet dans son lit, et,

deux fois encore, la même attaque se renouvelle sans que le sujet ait repris complètement connaissance dans l'intervalle. A partir de la troisième attaque, l'agonie commence, la respiration est stertoreuse, la mort arrive au bout de deux heures.

AUTOPSIE faite le 27 mai.—Les viscères ne présentent rien d'anormal. Les poumons sont un peu congestionnés; pas de lésion cardiaque ni rénale. Le foie et la rate ne contiennent aucune production pathologique. En enlevant la calotte crânienne, on remarque seulement que l'os est éburné, d'épaisseur inégale suivant les points, témoignant peut-être d'une lésion syphilitique ancienne. La dure-mère est saine. Le cerveau est normal. En enlevant le cervelet on trouve, au niveau de la face antéro-inférieure du lobe droit, une poche kystique grosse comme un petit œuf, qui repose sur la paroi osseuse, et si délicate qu'elle se rompt quand le cervelet a quitté sa place. On peut cependant constater qu'elle s'allonge en dedans, atteint le bord droit du trou occipital, où elle a dû par conséquent comprimer la partie supérieure du bulbe. Ce kyste laisse échapper un liquide clair, et il en sort également une membrane blanche, non transparente, qui offre au microscope les caractères de la paroi des hydatides, et de plus deux membranes translucides. Le kyste creuse dans l'épaisseur du lobe cérébelleux une cavité assez profonde; il a une paroi très délicate à travers laquelle on voit le tissu nerveux injecté finement. A la face inférieure du lobe gauche, sur un point symétrique au siège du kyste que nous venons de décrire, nous trouvons un autre kyste hydatique plus petit, lequel occupe une petite loge de l'écorce du lobe, sans dépasser le niveau de la surface, sans faire saillie au dehors.

40. Carcinome du testicule ectopié dans la fosse iliaque gauche. Propagation aux ganglions lombaires, au muscle psoas, à l'uretère gauche (rein kystique) et au périoste vertébral. Propagation par les trous de conjugaison, sans lésion du squelette à la dure-mère rachidienne. Compression de la queue de cheval (paralysie douloureuse). Sclérose ascendante des faisceaux postérieurs. Examen histologique; par L. GAILLIARD, interne des hôpitaux.

Gustave Auzoux, 30 ans, mécanicien, entre, le 15 mars 1880, salle Saint-Louis, n° 17, à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. HAYEM.

Il ne peut nous fournir que des renseignements incertains sur les antécédents pathologiques de ses parents. Il n'a pas fait lui-même de maladie grave et n'accuse que quelques

écoulements uréthraux sans gravité. Il nie la syphilis et l'alcoolisme. Employé comme mécanicien à la Compagnie de Paris-Lyon, il n'a jamais été arrêté dans son travail. Il s'est marié et n'a pas eu d'enfants.

La maladie actuelle a débuté dans les premiers jours du mois d'octobre 1877. Il se rappellè très bien avoir, à cette époque, ressenti des douleurs aux membres inférieurs, des élancements et des fourmillements de ces parties. Depuis ce moment, il a dû cesser son travail. Au bout de quinze jours, il s'aperçut de la présence d'une tumeur siégeant à la fosse iliaque gauche, tumeur indolente, d'abord très petite, mais qui a augmenté peu à peu de volume. Cette tumeur l'a d'autant moins inquiété que son attention était sollicitée par les douleurs des extrémités inférieures, par l'affaiblissement progressif qui les accompagnait. C'est le 25 décembre que la marche devenant impossible, il s'est couché pour ne plus se relever. Depuis le début de sa maladie, il dit avoir perdu l'appétit et subi un amaigrissement très considérable. Depuis le mois de décembre, il a une constipation opiniâtre et il urine difficilement. L'œdème des membres inférieurs s'est manifesté seulement au début, puis a disparu.

Le malade a consulté un médecin qui lui a prescrit de l'iodure de potassium et l'a cautérisé au fer rouge au niveau de la région sacrée et de la cuisse droite. Ces cautérisations n'ont provoqué aucune douleur. Apporté à l'hôpital, le patient se présente à nous dans un état déjà très grave; sa face est pâle et amaigrie; son teint est plutôt celui d'un anémique que d'un cancéreux. Toutes les parties du corps sont également décharnées. Le malade est dans le décubitus dorsal ou latéral, les cuisses demi-fléchies sur le bassin et les jambes sur les cuisses. Cette position des extrémités inférieures a acquis progressivement une certaine fixité, et il est impossible de provoquer l'extension du membre sans déterminer de vives douleurs à la hanche, et surtout au genou de l'un ou de l'autre côté. Ces deux extrémités sont le siège d'une atrophie musculaire des plus marquées, et la paraplégie est à peu près complète. Tout au plus, le malade peut-il fléchir un peu les cuisses. Quand on essaie de les détourner de leur position, elles s'y replacent spontanément. Les muscles de la région postérieure sont légèrement rétractés, tous les autres sont flasques. La sensibilité n'a pas absolument disparu; elle est abolie sur certaines zones, conservée sur d'autres. La piqure des épingles est perçue presque partout, il en est de même des sensations de froid et de chaud, mais les contacts légers ne sont pas appréciés

aux membres inférieurs; les réflexes sont abolis. Il n'y a pas de soubresauts, pas de contractures. Le malade se plaint de douleurs lancinantes et de fourmillements, quelquefois de crampes. L'expulsion des matières fécales est absolument nulle. Elles s'accumulent dans l'ampoule rectale, où le malade a l'habitude d'aller les rechercher avec les doigts; il n'y a pas d'incontinence d'urine mais de la rétention; la mixtion ne s'exécute guère qu'à l'aide de pression sur le ventre. Les membres supérieurs ont conservé leurs fonctions normales.

En examinant le malade, nous constatons d'abord un fait important, c'est la monorchidie, le testicule du côté gauche manque au scrotum. De ce même côté, existe dans la fosse iliaque une tumeur dure indolente, de la grosseur d'une orange, mamelonnée, facile à explorer à cause de la minceur et de la dépressibilité de la paroi abdominale; cette tumeur n'adhère pas à la paroi antérieure, mais adhère intimement à la fosse iliaque. Le toucher rectal ne fournit aucun renseignement; l'ampoule est dilatée, remplie de matières dures; le sacrum est normal, il n'y a pas de tumeur perceptible de ce côté. Les ganglions de l'aîne droite sont seuls un peu développés. Ceux de l'abdomen sont difficiles à atteindre par la palpation. En arrière, la colonne vertébrale présente une saillie portant sur les deux dernières dorsales et les deux premières lombaires, mais sans déformation des apophyses, sans modification des gouttières. C'est la douzième dorsale qui constitue le point le plus saillant. Cette courbure est compensée par une ensellure légère de la colonne dorsale supérieure. Les organes de l'abdomen, foie et rate ne paraissent pas altérés. La poitrine semble aussi renfermer des viscères sains. Pas de signes de tuberculose. L'appétit est médiocre, la langue blanche, les digestions sont pénibles.

Etant donné la tumeur de la fosse iliaque du côté où le testicule n'a pas pris sa place habituelle, M. Hayem pense immédiatement à un cancer de cette glande avec dégénérescence secondaire de la colonne vertébrale et compression médullaire. Cependant, il est impossible d'affirmer que la production cancéreuse ne se soit pas développée primitivement dans le corps des vertèbres, et que la masse dure de la fosse iliaque ne soit pas constituée par des ganglions dégénérés.

Le traitement est uniquement dirigé contre la constipation et les symptômes douloureux. Huile de ricin, 30 grammes avec huile de croton, 1 goutte; injection sous-cuta-

née de chlorhydrate de morphine pour calmer les douleurs qui sont très vives et procurer un peu de sommeil.

17 mars. Les douleurs sont toujours très vives; élancements insupportables. Tous les matins, huile de ricin.

20 mars. Même état. Magnésie et rhubarbe aux repas.

31 mars. Les membres inférieurs commencent à s'œdématiser. Développement des veines sous-cutanées aux cuisses et à l'abdomen.

1^{er} avril. L'œdème s'étend à tout le membre gauche. Le décubitus latéral a provoqué au grand trochanter droit une eschare de la grandeur de la paume de la main. En même temps, le sacrum commence à s'escharifier.

5 avril. Œdème encore très marqué des membres inférieurs. Même position fixe de ces parties.

12 avril. L'œdème est un peu moins prononcé. L'état général s'aggrave, la pâleur, la maigreur augmentent; les traits de la face sont tirés, les orbites s'excavent, la faiblesse augmente. La rétention d'urine a fait place à de l'incontinence; l'urine s'écoule constamment, le gland et le prépuce sont œdématisés, la partie interne des cuisses se couvre d'érythème.

16 avril. L'eschare du grand trochanter droit a pris un développement énorme; elle a presque la dimension d'un fond de chapeau et laisse voir à nu la saillie osseuse. L'eschare du sacrum augmente également, aussi le malade répand-il une odeur infecte. Lotions au chloral, poudre de quinquina.

22 avril. L'amaigrissement progresse et en même temps l'œdème des membres inférieurs augmente, gagne l'abdomen. Le malade souffre de douleurs continues vives qui nécessitent deux injections de morphine tous les jours. L'état des parties lésées est le même qu'au début.

7 mai. Le malade, parvenu à un degré de cachexie et de marasme indescriptible, finit par succomber.

AUTOPSIE. — Deux eschares énormes mettant à découvert le squelette de la région trochantérienne et le sacrum. Les muscles des membres inférieurs sont manifestement atrophiés. Les viscères thoraciques offrent peu d'altération. Les poumons sont sains et nulle part on n'y découvre des tubercules; les ganglions bronchiques sont également normaux. Dans le péricarde, se trouve une petite quantité de sérosité, et les vaisseaux péricardiques sont entourés de gaines œdémateuses. Les artères n'offrent pas d'athérome, les valvules sont saines.

Le foie, plus volumineux qu'à l'état normal, est manifestement gras. La vésicule biliaire, affaissée, renferme

un liquide filant. Rien à noter pour la rate et le pancréas. L'intestin est sain dans presque toute son étendue. Dans l'S iliaque et surtout le rectum, la paroi est épaissie et la muqueuse violacée, bourgeonnante, est recouverte d'une sorte de membrane grisâtre. Disons tout de suite qu'au microscope nous avons trouvé là des lésions inflammatoires manifestes, intéressant toute l'épaisseur de la muqueuse, les glandes et même la couche sous-muqueuse, mais nulle part nous n'avons trouvé d'éléments carcinomateux. La vessie a des parois épaisses, mais sans modifications pathologiques. Le testicule droit est en place.

Dans la fosse iliaque gauche, au niveau du bord interne de cette fosse, près de l'orifice du canal crural, au-dessus des vaisseaux iliaques, se trouve une tumeur ovoïde, de la grosseur d'un œuf de poule, à grand axe dirigé obliquement d'avant en arrière et de dehors en dedans. Cette tumeur est celle qu'on percevait si nettement pendant la vie. Elle est constituée par le testicule adhérent seulement par sa partie inférieure, libre et soulevant le péritoine du côté de la cavité abdominale; son plus grand diamètre mesure 6 cent. C'est au niveau du bord inférieur que se trouve le hile de la glande, c'est là que pénètrent les vaisseaux sanguins; à ce bord est également adhérent l'épididyme, un peu augmenté de volume et empiétant sur la face postérieure du testicule.

La tête de l'épididyme est en arrière, la queue dirigée en avant; le canal déférent se replie en arrière pour s'accoler à l'épididyme et décrire une courbe à concavité inférieure, arriver au bas-fond de la vessie. Le canal déférent a seulement 15 cent. de longueur. Il présente un renflement à sa partie moyenne. La vésicule séminale gauche a le même volume que l'autre, mais, en l'incisant, on remarque que ses alvéoles se sont dilatées aux dépens des travées fibreuses et contiennent une matière brunâtre, granuleuse, semi-liquide. Au-dessous du hile du testicule se trouve une masse ganglionnaire, grosse comme une noix, accolée au bord gauche de la vessie.

Le néoplasme ne s'est pas localisé au testicule et aux ganglions adjacents. Il s'est propagé aux ganglions prévertébraux lombaires qui forment une masse volumineuse autour de l'aorte et des artères iliaques à leur origine; les muscles psoas sont également infiltrés d'un tissu blanchâtre. L'uretère gauche est compris dans le tissu morbide, ses parois sont épaissies, et il présente lui-même des bourgeons saillants dans la lumière. Le rétrécissement de l'organe a eu pour résultat la dilatation du bassin et des

calices ; le tissu du rein gauche s'est atrophié, la substance médullaire a disparu, il ne reste plus que la substance corticale amincie et fibreuse. La masse que nous venons de décrire adhère au périoste des corps vertébraux lombaires, et, par les trous de conjugaison, elle envoie des ramifications dans le canal rachidien, sans altérer la forme ni la structure du tissu osseux et des disques intervertébraux. En sciant par le milieu les corps des vertèbres, on constate seulement que les 3, 4, 5^e lombaires ont un tissu jaunâtre qui tranche sur la coloration rouge-brun des parties saines, mais a conservé à peu près sa consistance normale.

Après ouverture du canal rachidien, on trouve à la face postérieure de la dure-mère une masse blanchâtre évidemment analogue au tissu signalé précédemment, allongée, longue de 4 cent., refoulant en avant la queue de cheval, sans atteindre la moelle lombaire. Cette tumeur adhère simplement à la dure-mère, qui n'offre aucune modification, aucun bourgeon à sa face interne. Celle-ci est seulement un peu ecchymosée à son niveau, et les faisceaux nerveux comprimés par la tumeur portent des traces de ruptures vasculaires.

Tel est l'aspect général des lésions, il faut maintenant envisager séparément chacun des organes malades au point de vue histologique.

Testicule. Le testicule a conservé sa forme ovoïde en augmentant de volume ; l'albuginée n'est guère épaissie et la décortication de la glande est possible partout, sauf sur un point placé à égale distance des deux pôles, opposé aussi au hile, et qui se fait remarquer par sa consistance dure ; c'est un noyau fibreux d'où partent des travées résistantes qui circonscrivent des loges de dimensions variables. Ces loges sont remplies d'un tissu mou qui laisse écouler à la coupe du liquide blanchâtre. Le suc obtenu par le raclage renferme des cellules arrondies, volumineuses, analogues aux éléments épithéliaux, contenant un noyau volumineux avec un ou plusieurs nucléoles.

Sur les coupes traitées au picro-carmin et montées dans la glycérine l'aspect varie suivant qu'on examine la partie dure, poreuse ou les parties plus molles.

A. Dans la première, on trouve de nombreuses travées de tissu conjonctif avec quelques vaisseaux sanguins et une très grande quantité de canaux séminifères atrophiés. Ces canaux sont constitués uniquement par une cloison fibreuse épaisse, qui se colore en rose ; les uns, coupés transversalement, se présentent sous forme d'anneaux, les autres for-

ment des boyaux sinueux caractéristiques. Quelques-uns contiennent dans leur lumière de petits amas cellulaires, mais trop peu importants pour admettre une prolifération épithéliale active devenue l'origine de la tumeur. A mesure qu'on approche de la périphérie du noyau fibreux, on voit des cellules de plus en plus abondantes dans l'intervalle des canaux séminifères et des travées fibreuses.

B. Sur les parties molles qui occupent un espace beaucoup plus considérable que les premières, on voit du tissu cellulaire lâche qui tantôt circonscrit assez nettement des alvéoles, où sont logées les cellules cacinomateuses, tantôt forme un réseau irrégulier dans lequel sont répandus les éléments cellulaires. Les vaisseaux sont ici plus nombreux, mais les canaux séminifères, devenus de plus en plus rares, manquent même complètement sur certains points. Là où ils existent, ils ont subi comme ceux décrits plus haut une transformation complète en tissu conjonctif.

En résumé, il s'agit ici d'un carcinome ayant débuté dans les espèces plasmatiques intercanaliculaires, peut-être dans le rete testis et refoulé, sur un point opposé à celui de son origine, les canalicules atrophiés serrés les uns contre les autres ou englobés par un tissu fibreux. Si l'on n'envisageait que le noyau dur de la tumeur, on pourrait penser à un squirrhe, mais il est évident que tout n'est pas là et que les caractères de néoplasme le rapprochent bien plus de l'encéphaloïde, sans constituer il est vrai un type parfait de cette variété. Remarquons que, malgré le développement relativement peu considérable de l'organe primitivement atteint, la généralisation a été rapide; le carcinome testiculaire n'avait provoqué aucun trouble fonctionnel quand les symptômes de compression nerveuse sont venus ouvrir la scène pathologique; les douleurs et l'affaiblissement des membres inférieurs se sont manifestés avant que le malade ait soupçonné l'existence de la tumeur dans la fosse iliaque.

L'épididyme, dont la tête est augmentée de volume, renferme des cellules volumineuses comme celles du testicule, rondes avec un gros noyau et des nucléoles.

L'uretère gauche, sur des coupes qui comprennent le bourgeon dont nous avons parlé et la paroi du canal, montre un tissu analogue à celui du testicule; du tissu conjonctif lâche infiltré de cellules arrondies et circonscrivant, sur certains points, des alvéoles remplies des mêmes éléments existe du côté de la lumière de l'uretère; en dehors de cette première couche, se voit une couche de tissu musculaire lisse normal, puis une autre couche conjonctive avec les cellules cacinomateuses.

La dure-mère rachidienne, au niveau de la tumeur qui lui adhère, n'a pas perdu son épaisseur et sa fonction normales. Mais, de sa face externe, part un tissu conjonctif lâche avec des vaisseaux et de nombreux éléments cellulaires, groupés souvent dans des loges de dimensions variables. Notons ici que les cellules ont plus de tendance au polymorphisme que dans la tumeur testiculaire. Elles sont moins régulières dans leur forme et leur dimension. Quelques-unes sont chargées de pigment sanguin (mélaniques).

Tissu nerveux. Il est intéressant de voir comment s'est comporté le tissu nerveux, dont les symptômes observés pendant la vie faisaient prévoir les graves altérations.

Nous examinerons successivement: la queue de cheval au niveau de la compression, les racines lombaires au voisinage de leur point d'origine (on sait qu'elles sont comprimées par la tumeur dans les trous de conjugaison lombaire), les racines dorsales, et enfin la moelle elle-même.

1° *Queue de cheval.* Les faisceaux nerveux ont à peu près leur apparence normale, quelques-uns sont seulement ecchymosés à leur surface; cependant, les fibres des faisceaux antérieurs et postérieurs sont également altérées, on en rencontre encore quelques-unes çà et là qui ont échappé à la lésion, mais c'est un fort petit nombre. Les nerfs conservés dans le liquide de Muller, puis colorés au picrocarmin, se présentent sous la forme de tractus rosés, minces, interrompus de temps en temps par des renflements piriformes. Ces renflements contiennent, un, quelquefois deux noyaux assez volumineux, qui sont compris eux-mêmes entre deux amas de matière granuleuse réfringente, seul vestige de la myéline, dont les blocs se colorent en noir par l'acide osmique. Le cylindre axe a disparu. Quelques nerfs offrent une multiplication des noyaux. Les noyaux du périnèvre sont, aussi, sensiblement multipliés.

2° *Racines lombaires* à leur origine, c'est-à-dire au-dessus des points comprimés. Ici les lésions sont moins avancées qu'au niveau de la queue de cheval. Les nerfs normaux se rencontrent en plus grand nombre. Dans les gaines de Schwann incomplètement vidées, se voient des blocs de myéline plus volumineux dans les renflements fusiformes qui entourent les noyaux; quelques-unes renferment des grains de myéline disposés en chapelet dans la gaine rétrécie, et le cylindre axe a disparu. D'une façon générale, les racines lombaires antérieures sont moins altérées que les postérieures; elles renferment un plus grand nombre de fibres nerveuses intactes.

3° *Racines dorsales.* Quelques fibres altérées, mais en très petit nombre et à l'état de variété.

4° *Moelle.* La moelle n'a subi aucune déformation apparente; à l'œil nu, on constate qu'il existe à la région lombaire une sclérose portant sur la totalité du faisceau postérieur. Aux régions dorsale et cervicale, la sclérose se limite aux cordons de Goll. Nous donnerons prochainement l'examen détaillé de la moelle.

M. MONOD rappelle la facilité avec laquelle les testicules ectopiés se dégénèrent, et la rapidité de propagation du néoplasme aux ganglions voisins.

41. Rapport sur la candidature de M. Poirier, au titre de membre-adjoint, par M. MARCHANT.

Des nombreuses présentations faites par M. Poirier à la Société anatomique, deux nous ont paru mériter une attention particulière. Elles ont pour objet une affection fréquente, la *périostite phlegmoneuse diffuse*, sur laquelle l'attention des chirurgiens a été rappelée dernièrement par un travail considérable de M. O. Lannelongue. (*De l'ostéomyélite aiguë pendant la croissance*, par M. O. Lannelongue.) Pour le savant chirurgien de l'hôpital Sainte-Eugénie, l'affection décrite par les auteurs sous le nom de nécrose aiguë, périostite phlegmoneuse diffuse, abcès sous-périostique, ostéite épiphysaire aiguë des adolescents ou juxta-épiphysaire, n'est en réalité qu'une ostéomyélite aiguë, qui produit très promptement un décollement du périoste avec abcès sous-périostique.

M. Poirier a présenté à la Société anatomique le tibia et l'humérus d'un enfant mort de périostite phlegmoneuse diffuse ou d'ostéomyélite : ces pièces offraient une confirmation éclatante de la doctrine qui fait de la périostite une ostéomyélite. Dans le tissu médullaire du tibia et de l'humérus, on pouvait constater, en plusieurs points, l'infiltration purulente du tissu aérolaire, et, dans la tête du tibia, un séquestre occupant tout le tissu spongieux. Dans ce cas, on était vraisemblablement en présence d'une affection ayant débuté dans le tissu spongieux, d'une ostéomyélite.

Deux autres présentations de pièces, également recueillies dans le service de M. le D^r de Saint-Germain, semblent contredire la doctrine de l'ostéomyélite. Nous en donnons un résumé. Dans la première, il s'agit d'un enfant de 14 ans, qui mourut au vingtième jour, d'une périostite phlegmoneuse diffuse de la colonne vertébrale, après avoir présenté

tous les symptômes classiques de cette affection, y compris l'ouverture d'un vaste abcès lombaire au fond duquel on pouvait toucher le tissu osseux des lames vertébrales dépourvues de leur périoste.

A l'autopsie, on rencontra, échelonnés le long de la colonne vertébrale et logés dans l'épaisseur de la masse sacro-lombaire, une douzaine d'abcès contenant de 10 à 100 grammes de pus chacun, et correspondant tous à des points de la colonne vertébrale dépourvus de leur périoste. Pour voir si ces abcès sous-périostiques coïncidaient avec des altérations de la moelle osseuse des corps vertébraux ou de leurs lames, on détacha un segment comprenant les cinq lombaires et les quatre dernières vertèbres dorsales. On put constater alors, au fond de chaque abcès, la surface osseuse, dépourvue de périoste, mais nullement exfoliée. Les corps vertébraux, leurs lames, les fibro-cartilages, furent sciés ou incisés dans différentes directions sans que l'on pût trouver la moindre altération du tissu spongieux. La pièce fraîche fut présentée à la Société anatomique dans la séance du 26 mars. Après la présentation, les coupes furent multipliées, et, bien que l'on se fût attaché à les faire passer par les points dénudés de leur périoste, il fut encore impossible de rencontrer le moindre changement de coloration, la plus petite altération du tissu spongieux. Pour acquit, ces pièces furent encore examinées plus tard, après macération, sans autre résultat.

La seconde observation est celle d'un enfant de 12 ans qui entra à l'hôpital des Enfants malades, le 10 juin 1880, avec des symptômes généraux : adynamie, fièvre très prononcée et un gonflement avec rougeurs siégeant vers le tiers supérieur et externe du bras gauche. La maladie datait de quatre jours seulement. Le lendemain, 11 juin M. de Saint-Germain incisa le phlegmon du bras : une première incision comprenant la peau et les parties molles sous-jacentes, ne donna issue qu'à une certaine quantité de sérosité sanguinolente, puis, on déchira le périoste avec la sonde cannelée et le bistouri, et il s'écoula alors environ 2 à 300 grammes de pus ; après l'écoulement, il fut facile de constater que l'humérus était dénudé sur une grande partie de son étendue, et le diagnostic, abcès sous-périostique aigu, périostite phlegmoneuse diffuse fut posé. Dans les jours suivants, l'état général s'aggrava, et le petit malade mourut le 21 juin. A l'autopsie, on a trouvé, au milieu d'un vaste phlegmon du bras, l'humérus presque entièrement dénudé de son périoste qui n'adhérait plus qu'à la face postérieure de l'os et au tiers externe. La face externe de l'os avait con-

servé son aspect normal ; ça et là on voyait quelques points d'un piqueté sanguin très léger.

L'os fut scié suivant son grand axe : la coupe de la diaphyse et celle du canal médullaire offraient leur aspect normal. Pour juger comparativement, on scia également l'humérus du côté sain, et l'aspect des deux os était si bien le même que les élèves qui assistaient à cette opération ne purent distinguer l'os du côté malade de celui du côté sain. — M. Poirier a présenté ces deux humérus à la Société anatomique.

Nous remarquons que, dans ces deux cas, les cartilages épiphysaires étaient intacts ; il en est ainsi dans un cinquième des cas, suivant M. Lannelongue. Il n'y avait point de complications articulaires. La trépanation eût été au moins inutile dans l'un et l'autre cas.

Il serait certainement prématuré de conclure contre l'ostéomyélite de ces deux seules observations. Mais il nous semble ressortir de l'étude consciencieuse des deux observations présentées par M. Poirier, que, dans quelques cas dont la fréquence relative reste à établir, les lésions sont uniquement bornées au périoste, et justiciables, par conséquent, d'une thérapeutique qui ne va pas au delà de cette limite. C'était la doctrine de l'école de Strasbourg, ce fut celle de Chassaignac, c'est encore celle de beaucoup de nos maîtres d'aujourd'hui.

42. Tuberculose urinaire. Abscès périnéphrétique ; par A. CHAUFFARD, interne des hôpitaux.

Louise G., âgée de 39 ans, entre le 22 janvier 1880 à la Pitié, dans le service de M. le professeur BROUARDEL.

Cette femme a eu quatre enfants et n'accuse aucun antécédent pathologique, ni héréditaire, ni personnel. Elle a toujours vécu péniblement, au milieu des privations et des fatigues. Sa maladie actuelle a débuté, nous dit-elle, en septembre 1879 ; à ce moment, cessation des règles, et, en même temps, toux, perte des forces, amaigrissement rapide.

En octobre, la malade s'aperçoit qu'à plusieurs reprises ses urines contiennent du sang. Depuis décembre, enfin, incontinence d'urine complète, sans douleurs ni besoins de miction.

Etat actuel. Louise G. est dans un état de cachexie profonde ; elle est pâle, amaigrie, sans appétit ni forces ; ses doigts sont hippocratiques, et, la nuit, elle est baignée de sueurs abondantes. Submatité sous-claviculaire gauche, avec souffle expiratoire et bronchophonie. Matité dans les

deux fosses sus-épineuses, avec craquements humides. Crachats muco-purulents. Les urines sont chargées de pus, pâles, médiocrement abondantes. On ne peut, du reste, les recueillir en totalité, la malade les perdant continuellement sous elle.

Vers le 15 avril, de nouveaux phénomènes se montrent. La malade éprouve dans la région sous-hépatique des douleurs persistantes de plus en plus vives, d'abord gravatives, puis lancinantes, exaspérées par la pression ou les mouvements.

Au commencement de mai, on trouve, au même niveau, une masse dure, régulière, dépassant le bord inférieur du foie, et rappelant, pour le volume et la forme, le segment inférieur d'un rein doublé dans toutes ses dimensions. Cette tumeur est si douloureuse qu'il est difficile d'y rechercher convenablement la fluctuation.

L'état de la malade devient de plus en plus misérable. Elle reste couchée en chien de fusil, dans le décubitus latéral gauche. Dans les derniers jours, eschares trochantériennes et sacrées, œdème blanc douloureux du pied et de la jambe gauches. — Mort le 26 mai.

AUTOPSIE. — Les poumons présentent les lésions de la tuberculose à tous ses degrés. Adhérences pleurales; excavations aux deux sommets, grosses comme des noix, perdues au milieu de masses caséeuses infiltrées, en voie de ramollissement. Dans les lobes inférieurs, forte congestion pulmonaire et poussées récentes de petits tubercules jaunes et de granulations grises demi-transparentes.

Le foie est volumineux et gras. La vessie est ratatinée, de très faible capacité; ses parois sont épaissies, injectées, criblées, suivant les points, de tubercules jaunes sous-muqueux, ou d'ulcérations superficielles, irrégulières, à fond grisâtre, nombreuses surtout au niveau de la face inférieure.

Les deux reins présentent entre eux un contraste frappant. L'un, le rein gauche, est volumineux, violacé; il se décortique facilement et ne présente pas de tubercules apparents. Le rein droit, au contraire, occupe le centre d'une poche allongée le long de la colonne lombaire, du volume des deux poings environ, tendue, fluctuante, à parois épaisses et fibreuses, caséeuses à la face interne. Cette poche contient un pus épais et crémeux; elle occupe supérieurement l'enveloppe adipeuse du rein, puis gagne la gaine du psoas, et se termine en s'effilant au niveau de l'arcade crurale, sans soulever le fascia iliaca.

L'uretère est perdu dans l'épaisseur de la paroi interne

de l'abcès ; sa muqueuse est épaissie, végétante, caséeuse.

Le rein n'est pas libre dans la cavité de la poche purulente. Sa paroi antérieure, son bord convexe, la moitié interne de sa face postérieure baignent dans le pus. Isolé, il est lourd, volumineux, entouré de fausses membranes.

A la coupe, on le trouve creusé de cavernes au nombre de six à huit, grosses comme des noix environ, isolées, ou communiquant entre elles ; leur forme générale est celle de cônes à base périphérique, à sommet interne. Leur paroi interne est alternativement saillante et rentrante, sillonnée de scissures et de circonvolutions, analogues, en grand, aux festons de la couche interne des corps jaunes de la grossesse.

Les parois de ces cavernes rénales sont grisâtres, tomenteuses, en voie de destruction caséeuse. Nulle part, elles ne communiquent avec la collection périnéphrétique. Dans l'intervalle des cavernes, travées de tissu rénal grisâtre, anémié, à demi vitreux. La capsule surrénale est saine. Le vagin, l'utérus, l'ovaire, les trompes ne présentent pas de lésions ; les autres organes sont également sains.

RÉFLEXIONS. — Nous ferons remarquer : 1° l'unilatéralité de la lésion rénale, l'un des reins restant sain, tandis que l'autre est presque entièrement détruit par la fonte caséeuse ; c'est là une particularité bizarre qu'il serait difficile d'expliquer ; 2° l'intégrité absolue de l'appareil génital ; 3° la valeur clinique des trois signes qui ont permis de porter pendant la vie un diagnostic exact : hématuries au début, puis urines purulentes, enfin abcès périnéphrétique terminal.

43. Cancer colloïde de l'épiploon et de l'estomac ; par POUPON, interne provisoire.

Le nommé Lechut, blanchisseur, âgé de 54 ans, entre à l'hôpital Cochin (service de M. QUINQUAUD, lit 54), le 16 mai, avec le diagnostic de cirrhose avec ascite.

A cette époque, il était malade depuis trois mois. A son entrée, on constate un ballonnement considérable du ventre avec sonorité à la percussion, sauf sur les parties latérales, où l'on constate un peu de matité. On ne trouve aucune tumeur à la palpation. Le malade déclare qu'il y a trois mois, il a été pris de vomissements alimentaires avec quelques vomissements de sang caillé de temps en temps. Il se plaint aussi de douleurs violentes dans la région épigastrique, surtout du côté droit. Rien au toucher rectal.

Le malade a une diarrhée assez intense. Langue sèche, saburrale, avec haleine fétide; œdème des membres inférieurs. Rien dans les urines; rien à l'auscultation du cœur et des poumons.

Amaigrissement notable, teinte cachectique du malade sans coloration jaune paille. On diagnostique cancer de la cavité abdominale sans pouvoir préciser un siège exact au néoplasme.

Pendant son séjour à l'hôpital, le malade ne prend absolument aucun aliment. Pas de vomissements, mais diarrhée se traduisant par cinq ou six selles par jour. Il s'affaiblit de jour en jour et meurt le 26 à 9 heures du soir.

AUTOPSIE faite le 28 mai. — On trouve une masse cancéreuse comprenant tout l'épiploon et englobant les tuniques stomacales qui sont toutes altérées profondément avec oblitération du pylore. La rate est également enveloppée dans cette masse, où elle présente une forme bilobée; le gros intestin est enveloppé par la masse du tissu morbide, sans qu'aucune lésion puisse être trouvée dans cet organe. Les végétations cancéreuses sont nombreuses et présentent tout à fait l'aspect du cancer colloïde.

Sur le péritoine pariétal, végétations colloïdes, notamment sur la face inférieure du diaphragme. Dans la cavité abdominale, on trouve un peu de liquide légèrement opaque. Rien à l'intestin grêle.

Adhérences de la base du poumon gauche avec le diaphragme, et, sur la surface pleurale qui recouvre ce poumon, petites traînées blanchâtres. Sont-ce des lymphatiques? C'est ce que démontrera l'examen micrographique.

Le feuillet viscéral du péricarde présente des plaques nettement limitées qui semblent se continuer avec les lignes blanchâtres se terminant dans de gros troncs. Sont-ce des lymphatiques?

Il s'agit de savoir quel est le point de départ de l'affection. Il est vraisemblable que c'est l'estomac, vu l'altération profonde de toutes les tuniques stomacales et l'intériorité des tuniques intestinales.

RÉFLEXIONS. — Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est, d'une part, la difficulté de diagnostic que présentent les affections cancéreuses de l'abdomen, et, d'autre part, la possibilité encore assez longue de la vie avec une oblitération pylorique et un estomac aussi altéré.

44. Absès séreux de la cuisse ; par P. E. LAUNOI, interne des hôpitaux.

Le nommé M..., âgé de 32 ans, zingueur, est passé de la Pitié à l'hôpital Laënnec, salle Saint-André, n° 10, dans le courant de février. Depuis un an, il était soigné pour un abcès sous-tricipital ayant amené des décollements et des trajets fistuleux dans toute l'étendue de la cuisse droite. Pendant le séjour du malade à l'hôpital Laënnec, on vit se développer une hydarthrose du genou gauche. En même temps, apparaissait à la partie supérieure et interne du même genou un empâtement particulier. La tumeur devint bientôt fluctuante, elle était irréductible et ne semblait avoir aucun rapport avec l'articulation du genou. On diagnostiqua, à cause même de ces caractères, un abcès péri-articulaire, situé à la face externe de la synoviale, sans communication avec la jointure. Le malade, qui gardait le lit depuis une année, se tenait souvent dans le décubitus latéral. Dans cette position, son genou droit venait appuyer à la partie supérieure et interne du genou gauche, dans le point même où s'est développé l'abcès.

Le malade succomba le 15 mai après une amputation de cuisse qui était devenue nécessaire par l'abondance de la suppuration et l'affaiblissement général.

AUTOPSIE. — Du côté du genou gauche, on trouve les lésions suivantes : dans la jointure, pas de liquide ; il y a quelques fausses membranes au niveau des ligaments croisés du cul-de-sac supérieur et autour de la rotule.

Les cartilages ont perdu leur poli et présentent une surface un peu terne et grenue. Au centre de la surface articulaire de la rotule, on trouve un ramollissement avec boursofflement du cartilage.

La synoviale n'est ni épaissie, ni vasculaire. A la partie interne du genou, au-dessus du condyle interne, on trouve, après avoir enlevé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, que la partie la plus inférieure du vaste interne est soulevée ; en ce point, il y a une fluctuation circonscrite et très nette.

Quand on l'incise, il s'écoule un liquide filant, jaunâtre, épais, ayant les caractères extérieurs de la synovie. A mesure que la collection se vide, le liquide est mélangé à du pus, et l'écoulement, à la fin, est presque complètement purulent. La collection a le volume d'un œuf.

La cavité est limitée par une néo-membrane inflammatoire, lisse, régulière, recouverte d'une petite concrétion fibrineuse ; elle est assez vasculaire. En soulevant et en tiraillant légèrement la paroi, on voit que la cavité est com-

plètement séparée de la jointure et que la néo-membrane est en rapport en dedans, par sa face profonde, avec la surface externe de la synoviale, et en dehors avec la surface externe du périoste, dont elle est séparée par une mince couche de tissu cellulaire.

45. M. BROcq montre une *dilatation anévrysmale de l'aorte*, à son origine. La poche communique largement avec l'artère pulmonaire; l'orifice siège à cinq centimètres au-dessus des valvules sigmoïdes aortiques.

Le Secrétaire,

M. LETULLE.

JUIN

Séance du 4 juin 1880.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Péricardite chronique. — Pleurésie gauche. — Tuberculose généralisée ; par Albert JOSIAS, interne des hôpitaux.

Le nommé Morizot (François), âgé de 14 ans, exerçant la profession de cartonnier, est entré à l'hôpital des Enfants Malades, le 17 mai 1879, salle Saint-Jean, lit n° 35, dans le service de M. LABRIC.

Antécédents et commémoratifs. A six ans, cet enfant a eu la rougeole. Vers le mois de février 1879, il eut une bronchite; depuis cette époque, il tousse continuellement, mais n'a jamais eu d'hémoptysie. Depuis six jours, il se plaint d'un point de côté, a de l'oppression, de l'insomnie, de la fièvre. Depuis deux jours, il a de la diarrhée, et, la veille de son entrée à l'hôpital, il a eu une épistaxis.

Actuellement. Pâleur des téguments. Léger battement des narines. Langue saburrale, rouge à la pointe et sur les bords. Soif vive. Appétit conservé. Ventre ballonné. Selles diarrhéiques. Absence de gargouillement dans la fosse iliaque droite. Le foie est hypertrophié et descend au-dessous du rebord costal de trois travers de doigt environ. La rate est normale. Mictions faciles. Toux fréquente, grasse. Crachats abondants, aérés, n'adhérant pas au fond du vase. La poitrine est sonore et ne contient pas de râles. A l'auscultation du cœur, on perçoit un souffle à la pointe. Le pouls est fréquent, régulier, 144; la température élevée est à 40°,6. Sur le dos, on constate une éruption pustuleuse qui est due à l'application antérieure d'un emplâtre de thapsia. Trois jours auparavant, un vésicatoire avait été appliqué au niveau de la région sternale.

18 mai. Même état. Selles diarrhéiques. Température

rectale : matin, 39°,6, soir, 40°,3. Comme traitement : groseille, fomentations aromatiques sur le ventre, bouillons.

19 mai. Souffle cardiaque à double courant, plus prononcé à la base qu'à la pointe. Ce souffle est également perçu lorsque le malade est couché ou assis. Epistaxis légère (Péricardite). T. 39°,8. Application d'un vésicatoire sur la région cardiaque. Le soir, envies fréquentes de vomir. Selles diarrhéiques. T. 39°,9. P. 140.

20 mai. Oppression moins vive. A l'auscultation du cœur, même souffle intense, plus prononcé à la base et correspondant aux deux temps. P. 126. T. 39°,3. Traitement : Julep avec extrait de digitale 0,10 centigr. Le soir, calme, appétit conservé, diarrhée. P. 136. T. 39°,3.

21 mai. Bruit de scie manifeste au niveau de la pointe du cœur. La poitrine paraît normale. T. M. 39°,2. S. 40°,4.

22 mai. Vomissements. Douleur au niveau de l'épaule gauche. Bruit de scie généralisé, mais moins intense, au niveau de la région cardiaque. T. 39°,6. Soir. Bruit de scie persistant, plus manifeste à la pointe du cœur qu'à la base. Les poumons ne révèlent rien d'anormal, ni à la percussion, ni à l'auscultation. Douleur rhumatismale au niveau du poignet gauche (*Rhumatisme articulaire.*) T. 40°,2. P. 136.

23 mai. Même état du cœur et des articulations prises. T. matin, 39°,5; soir, 39°,8.

24 mai. T. matin, 39°,2; soir, 39°,5.

25 mai. Agitation. T. matin. 39°,4; soir, 40°,2.

26 mai. Se plaint de douleurs vagues dans la région du dos. Toux douloureuse. A la percussion de la poitrine, on constate en arrière et à droite de la submatité, et à l'auscultation des bruits de frottement (pleurésie sèche). T. matin, 39°,8; soir, 39°.

27 mai. Même état, insomnie. T. matin, 39°,4; soir, 39°,6.

28 mai. T. matin, 39°; soir, 39°,5.

29 mai. T. matin, 39°,2; soir, 39°,3.

30 mai. T. matin, 39°,8; soir, 39°,6.

31 mai. Nausées. Persistance des frottements pleuraux en arrière et à droite. A l'auscultation du cœur on perçoit un bruit de scie et un souffle généralisé. T. matin, 39°,6; soir, 39°,5.

1^{er} juin. T. matin, 39°,4; soir, 40°,6.

2 juin. Affaiblissement considérable. Bruit de scie moins intense au niveau de la région cardiaque. Les frottements pleuraux persistent en arrière et à droite. T. matin 40°,2; soir, 39°,2.

3 juin. Même état. T. matin, 40°,2; soir, 40°,6.

4 juin. T. matin, 39°; soir, 38°,8.

5 juin. Bruits cardiaques, plus profonds, plus sourds. Toux fréquente. Crachats muqueux, abondants. La poitrine est sonore et révèle à l'auscultation l'existence de râles sibilants. T. matin, 39°,8; soir, 40°.

6 juin. Albumine dans les urines. T. matin, 40°, soir, 40°,8.

7 juin. Les urines contiennent une légère quantité d'albumine. T. matin, 38°,2; soir, 40°,1.

8 juin. T. matin, 39°,6; soir, 40°,1.

9 juin. Les bruits du cœur sont très profonds. T. axillaire, 39°,2; soir, 39°,5. Traitement : eau-de-vie allemande, 15 gr.; julep diacode, 10 gr.; chloral, 1 gr.

10 juin. Le malade a vomi son choral. Diarrhée. Diminution de l'albumine dans les urines. Epistaxis légère. — Poitrine sonore à la percussion. Râles sibilants multiples, disséminés dans les deux côtés de la poitrine, avec affaiblissement du murmure vésiculaire à la base du poumon droit. T. R. matin, 38°; soir, 41°.

11 juin. Même état. Matité à la base du poumon droit. Disparition de l'albumine dans les urines. T. matin, 38°,2; soir, 40°,5. Traitement : julep avec teinture de digitale, 25 gouttes; sirop de morphine, 30 gr.

12 juin. Diarrhée, délire. T. matin, 37°,6; soir, 39°,5.

13 juin. T. matin, 39°,2; soir, 39°,3.

14 juin. T. matin, 38°,7; soir, 40°.

15 juin. T. matin, 39°,6; soir, 40°.

16 juin. T. matin, 38°,2; soir, 40°. Lavement avec chloral, 4 grammes.

17 juin. Suppression du chloral. Agitation. Epistaxis légère. Oppression. Même état du cœur et de la poitrine. T. matin, 38°,3; soir, 40°,7.

18 juin. T. matin, 39°,6; soir, 40°.

19 juin. T. matin, 39°; soir, 39°,8.

20 juin. T. matin, 39°; soir, 40°,2.

21 juin. T. matin, 39°; soir, 39°.

22 juin. T. matin, 37°,8; soir, 40°,2.

23 juin. T. matin, 37°,6; soir, 40°,2.

24 juin. T. matin, 38°,2; soir, 38°,9. Dyspnée le soir.

25 juin. Même état. Pâleur considérable des téguments. Affaiblissement. Œdème des membres inférieurs. Epistaxis. T. matin, 37°,6; soir, 39°,6.

26 juin. Anasarque. Dyspnée intense. T. matin, 38°; soir, 38°,2. Application du marteau de Mayor sur la région cardiaque. Pilule avec ext. d'opium, 0,10 centigr.

27 juin. Même état. T. matin, 39°; soir, 40°.

28 juin. Dyspnée intense. Persistance de l'anasarque. Le

malade est continuellement assis sur son lit, les jambes pendantes et hors du lit (Asystolie). L'enfant se nourrit peu. T. matin, 37°,6; soir, 39°,6. Depuis deux jours, on applique le marteau de Mayor sur la région du cœur.

29 juin. T. matin. 38°,8; soir, 39°,2.

30 juin. T. matin, 39°,4; soir, 39°,6.

1^{er} juillet. L'enfant est plus calme et prend tous les jours 0,10 centigr. d'extrait thébaïque. T. matin, 38°,6; soir, 39°,8.

2 juillet. Muguet sur la langue. T. matin, 39°; soir, 39°,9. Collutoire au borax, et solution de nitrate d'argent au dixième pour laver et badigeonner la langue.

3 juillet. Diminution du muguet. Persistance de tous les autres phénomènes cardiaques et pulmonaires. Affaiblissement. Pâleur des téguments notable. T. matin, 38°; soir, 39°,8.

4 juillet. Anasarque considérable. Asystolie. T. matin, 38°,6; soir, 40°,2.

5 juillet. Décédé à sept heures du matin, les extrémités étant cyanosées.

AUTOPSIE. Rigidité des membres supérieurs incomplète; celle des membres inférieurs est complète. A la partie supérieure de la poitrine, à la base du cou, aux oreilles, sur les deux mains, plaques violacées, aréolaires. En incisant les téguments, on constate que la peau est infiltrée de sérosité. A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une notable quantité d'un liquide jaunâtre, non poisseux, transparent (ascite). Le plastron thoracique étant enlevé, on incise le péricarde à droite et à gauche, de façon à limiter un triangle à base inférieure et à sommet supérieur, répondant à l'origine des vaisseaux du cœur. Il s'écoule une grande quantité d'un liquide séro-sanguinolent : le cœur surnage dans ce liquide. Toutefois, s'il est libre par sa pointe et dans toute l'étendue du ventricule gauche, il est retenu à sa base et sur toute l'étendue du ventricule droit par des adhérences fibrineuses, très épaisses, organisées. Ces adhérences multiples, notamment au niveau de l'oreillette droite, s'étendent du cœur à la face pariétale du péricarde et semblent avoir pris leur point d'implantation sur les bords de ce viscère. La surface externe du cœur est caractérisée par un tissu graisseux, fibreux, spongieux; en quelques points se trouvent des infiltrations de sang. Au toucher, on a une sensation de rugosité sur toute la face antérieure du ventricule droit; ces rugosités répondent à une surface jaunâtre, mamelonnée, dentelée très irrégulièrement et offrant toutes les apparences du tissu graisseux. Sur tout le reste de la face antérieure du cœur, qui a l'aspect spongieux, il

semble que ce dépôt soit caractérisé par des filaments blanchâtres, entre-croisés, affectant la forme d'une toile d'araignée. Ça et là quelques points rougeâtres qui paraissent être de véritables caillots. A la face postérieure du cœur, même aspect spongieux avec quelques points grasseux. Le péricarde est très épaissi (6 à 7 millimètres); sur sa face interne, ecchymoses multiples, saillies rugueuses, dentelées et caractérisées par une coloration jaunâtre, ressemblant à de la graisse, plaques aréolaires celluleuses, ecchymoses noirâtres.

Le péricarde et la plèvre médiastine sont très épaissis et adhèrent l'un à l'autre, à tel point qu'il est très difficile de les séparer.

Plèvres. Toute la plèvre gauche est très épaissie, surtout à la partie inférieure, de sorte que le poumon est refoulé en haut. Toute la surface viscérale est tapissée de fausses membranes très épaisses. A la partie antérieure du lobe inférieur se trouve une surface hémorrhagique. A la partie antérieure du sommet existe une surface quadrilatère, mamelonnée, jaunâtre et ayant la consistance du cartilage. Les lobes sont adhérents entre eux. A la partie postérieure, infiltration gélatineuse de la plèvre viscérale.

La plèvre pariétale droite est légèrement épaissie, et est parsemée de fausses membranes minces, sauf à la base du poumon correspondant où elles sont très épaisses et adhérentes. — Les poumons, principalement le gauche, sont farcis de tubercules. La masse résistante que nous avons signalée sur le poumon gauche, pénètre le parenchyme dans une étendue de un centimètre environ, est dure à la coupe et offre une surface blanchâtre, sans vaisseaux. Les ganglions bronchiques sont indurés, hypertrophiés. — Le péritoine est parsemé de fausses membranes qui flottent dans l'intérieur de la cavité péritonéale, et qui sont surtout adhérentes au niveau de la face convexe du foie. — Le foie pèse 1 k. 460, est congestionné, muscade. — Les reins sont hypertrophiés, congestionnés. — Rate. Noyaux tuberculeux à la surface externe. A la coupe, on constate que cet organe est congestionné et rempli de tubercules miliaires. La rate n'est pas diffluente. — Les ganglions mésentériques sont hypertrophiés; quelques-uns ont subi une fonte caséuse. — Les testicules sont normaux. — Les méninges et le cerveau sont sains.

2. Kyste hydatique du cerveau; par E. DESNOS, interne des hôpitaux.

L... Pierre, âgé de 17 ans, entre le 18 mai 1880 dans le service de M. DUJARDIN-BEAUMETZ, à l'hôpital Saint-Antoine, se plaignant d'une impotence presque absolue du bras gauche, survenue brusquement il y a trois jours. Il a peu d'antécédents pathologiques. Dans son enfance, il a eu plusieurs manifestations scrofuleuses, des maux d'yeux rebelles, des adénites sous-maxillaires à répétition, jusqu'à l'âge de 5 ou 6 ans. Depuis, il s'est toujours bien porté, mais il est modérément développé pour son âge.

Il y a un mois, il ressentit pour la première fois des maux de tête qui débutèrent assez brusquement. Le premier accès dura un jour environ et disparut rapidement. Trois jours après, nouvel accès à début un peu plus lent, la céphalalgie augmente graduellement pendant toute une journée; elle disparut aussi peu à peu mais non complètement et, depuis ce moment, le malade conserve une tendance aux étourdissements, une pesanteur manifestement accrue par la station couchée et surtout par le décubitus latéral droit. En outre, il a depuis lors des troubles de la vue, il lui semble voir des flammes passer devant ses yeux, quelquefois, mais plus rarement, des points noirs. Cet état dura trois semaines environ, avec des accès de céphalalgie quelquefois très violents, d'une durée de plus en plus courte, mais toujours à début brusque. Jamais il n'a eu de vomissements ni de nausées, jamais de bourdonnements d'oreille, aucun trouble de la motilité ou de la sensibilité des membres jusqu'à l'accident qui lui arriva il y a trois jours; il sentit tout à coup des fourmillements dans la main gauche, puis, dans l'avant-bras, enfin, dans le bras de ce côté; en même temps, il lui semblait que son bras devenait de plus en plus lourd et, au bout de quelques minutes, l'impotence était absolue. Les fourmillements disparurent bientôt pour reparaitre un peu le soir; au même moment, il put exécuter quelques mouvements de ce membre; cet état persista le lendemain où quelques mouvements lents et peu énergiques furent possibles. Enfin, il aurait été pris le jour suivant de « convulsions », suivant les personnes qui l'entouraient, de soubresauts qu'on remarqua surtout aux membres inférieurs et surtout à droite. Ces secousses durèrent quelques minutes à peine; le lendemain, le malade entra à l'hôpital.

Etat actuel. La monoplégie du membre supérieur gauche

est à peu près complète, seuls les muscles de l'épaule et du bras se contractent un peu sous l'influence de la volonté, mais le bras ne peut être soulevé; tous les muscles, surtout ceux de l'avant-bras sont mous et flasques, il n'y a trace de contracture en aucun point. La motilité est conservée dans tous les autres muscles de l'économie. La sensibilité, conservée en partie, est obtuse sur toute la moitié gauche du corps, sans qu'il y ait prédominance d'anesthésie au bras gauche. C'est à la face que l'insensibilité est le plus marquée, surtout sur la moitié gauche où elle est presque absolue. Il n'y a pas de strabisme, mais un resserrement assez considérable de la pupille droite.

La céphalalgie semble avoir redoublé depuis trois jours; le décubitus n'a plus d'influence sur le retour des accès, mais il y a une constante lourdeur de tête qui plonge le malade dans un état d'hébétude profond. Néanmoins, l'intelligence est assez nette et le malade répond avec précision aux réponses qu'on lui fait. On ne constate aucun symptôme du côté des appareils splanchniques; le cœur est parfaitement sain.

Le lendemain de son entrée à l'hôpital, il est pris tout à coup, à six heures du matin, d'un tremblement des membres inférieurs, puis du tronc, perd connaissance et reste ainsi dans un état de coma entrecoupé seulement de secousses convulsives, à intervalles de plus en plus éloignés. Au bout d'une heure environ, la respiration devient stertoreuse, il y a émission de l'urine et des fèces; puis les convulsions disparaissent, les mouvements respiratoires sont de plus en plus lents et le malade meurt. La température à ce moment est de 40°,2.

AUTOPSIE. — Tous les viscères intrathoraciques et abdominaux sont normaux.

Cavité crânienne. La surface extérieure de la dure-mère n'offre rien de particulier, sinon que les sinus paraissent exsangues. Pendant l'incision de cette enveloppe, il s'écoule une quantité notable de sérosité limpide. A la vue, l'hémisphère droit est beaucoup plus volumineux que le gauche; les vaisseaux de la surface sont vides; les circonvolutions aplaties, tassées les unes contre les autres, donnent à cet hémisphère un aspect lisse et uni, et la coupe de l'hémisphère gauche ne présente rien de notable, si ce n'est du liquide clair, limpide, assez abondant dans le ventricule latéral.

L'hémisphère droit est sectionné au moyen de coupes verticales faites d'avant en arrière. On constate tout d'abord un ramollissement de la substance blanche. Ce ra-

mollissement augmente peu à peu, et, au niveau du chiasma, il s'échappe une sorte de bouillie diffluente; seule, la substance grise périphérique a conservé une consistance normale. Les parois du ventricule sont méconnaissables : en laissant s'écouler la substance ramollie, on est en présence d'une cavité anfractueuse formée par la substance grise périphérique et les noyaux centraux; ceux-ci ont en partie disparu, cependant, la couche optique très ramollie est encore reconnaissable et sert de point d'implantation à une tumeur piriforme, de la grosseur d'une mandarine, qui proémine vers les couches corticales. La surface est parfaitement lisse, elle est close de toutes parts et fluctuante sur tous ces points. Les parois, peu résistantes, de 2 mill. environ d'épaisseur, se déchirent facilement et laissent échapper une masse purulente, tenant en suspension, outre une quantité assez considérable de petits grumeaux, deux hydatides assez volumineuses, flottant librement dans le kyste.

3. Anomalie cardiaque, orifice pulmonaire muni de quatre valvules; par BERNARD, interne des hôpitaux.

Le cœur atteint de cette anomalie provient d'un sujet âgé de 57 ans, mort de phthisie aiguë secondaire dans le service de M. DUMONT-PALLIER, à la Pitié.

La circonférence de cet orifice mesure 6 centim. 09, chiffre normal. Les deux valvules les plus antérieures ont les dimensions les plus considérables. La valvule gauche est un peu plus haute que la droite. Les deux valvules postérieures sont à peu près moitié moindres que les précédentes. Elles offrent vers leur bord libre la lésion connue sous le nom d'état réticulé.

Voici, d'ailleurs, un tableau des dimensions de ces valvules, évaluées en millimètres :

		Largeur.	Hauteur.
Valvules antérieures	} Droite.	21	20
	} Gauche	21	26
Valvules postérieures	} Droite.	14	15
	} Gauche	13	13

4. M. DU CASTEL montre le foie d'une femme à qui on avait pratiqué, il y a quelques années, une ponction pour traiter un *kyste hydatique* de cet organe. Il existe vers la partie la plus élevée de la face convexe une cicatrice déprimée, au-dessous de laquelle se trouve un kyste rétracté, rempli de membranes hydatiques repliées les unes contre les autres et

colorées en vert. En outre, on découvre dans le foie deux autres kystes remplis de liquide et d'hydatides filles vivantes.

5. M. BARIÉ présente l'encéphale d'une *phthisique* qui succomba à une *méningite tuberculeuse* circonscrite. La plaque de méningite occupe le lobe paracentral et le haut de la pariétale ascendante. Les phénomènes cliniques consistèrent en une paralysie du membre inférieur; cinq jours après, le membre supérieur se prit à son tour. La face fut respectée.

Séance du 11 juin 1880.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

6. Polysarcie, cirrhose et dégénérescence graisseuse du foie. Corps étranger de la face inférieure du foie, venu probablement à travers la paroi abdominale antérieure. — Enfoncement de la région frontale gauche sans troubles fonctionnels; par Georges VERNEUIL, interne des hôpitaux.

Les pièces que je présente proviennent d'un homme de 46 ans, mort le 9 juin 1880, à l'infirmerie de l'hospice d'Ivry.

Entré au mois de février à l'infirmerie, cet homme grand, taillé en hercule, offre un énorme développement de son tissu graisseux: la face ne laisse voir que deux vastes joues rebondies entre lesquelles disparaît un nez camard, et sur tout le corps les méplats ont disparu, comme si l'individu avait été insufflé.

Odeur de beurre rance insupportable, voix aigre et criarde en désaccord avec la grande stature et l'âge du malade. Rien de particulier du côté des organes génitaux. A l'ombilic existe une hernie volumineuse incomplètement réductible qui ne s'est jamais étranglée. Le crâne est déformé, aplati à la partie supérieure de la région frontale. Cette déformation accidentelle est due à un coup de pied de cheval.

Antécédents. Famille nombreuse et bien portante. Père

encore vivant âgé de 82 ans; mère vivante âgée de 71 ans; ils étaient 15 enfants dont 6 subsistent; les autres sont morts par accident ou disparus. Aucun n'est gros comme lui. Cependant, une de ses sœurs présente un embonpoint assez considérable. Lui, après avoir fait son service militaire, fut sculpteur sur bois; puis se fit fort de la halle, et il a exercé ce métier jusqu'à ces derniers temps, car il n'y a pas plus d'un mois qu'il est dans l'hospice.

Deux attaques de paralysie. La première est survenue le 8 avril 1870; il se réveille avec le bras et la jambe gauche complètement impuissants. Entre à l'hôpital Saint-Antoine, y reste six semaines et peut reprendre son métier de portefaix. La deuxième attaque est survenue il y a trois ans, c'est-à-dire en 1877. Entre à Necker, et en sort abruti, affaibli : « j'étais, dit-il, devenu idiot. » Actuellement, il jouit de son intelligence et répond bien à toutes les questions.

A la suite de la deuxième attaque, il reste fort de la halle, mais dans des conditions spéciales : Pendant que ses camarades portent les sacs de farine, c'est lui qui se tient dans la boutique du boulanger pour percevoir *les deux sous de la bande*.

Entre la première et la deuxième attaque, il fut renversé par un cheval, un limonier attelé qu'il avait saisi à la tête. Bien que piétiné par l'animal qui lui met le pied sur la tête, il peut reprendre son métier quelques jours après. A toujours eu l'habitude de boire plusieurs litres de vin par jour, et quelquefois une goutte. A commencé à grossir après la guerre de 1870; mais, dans ces dernières années surtout, l'accroissement a été très rapide.

Au mois de février 1880, il entre à l'infirmerie parce que ses jambes œdématiées sont rouges et douloureuses. Les bruits du cœur sont faibles; pas de souffle. L'énorme épaisseur de la paroi abdominale ne permet pas d'examiner le foie. Sous l'influence du repos, l'état des jambes s'améliore et le malade, capable de marcher, quitte l'infirmerie à la fin d'avril. Il revient le 25 mai. La respiration est gênée. La face anxieuse; il y a des râles fins en arrière à la base des deux poumons.

Mort le 9 juin à 4 heures du matin.

AUTOPSIE le 10 juin, environ 31 heures après la mort. — *Crâne* déformé, enfoncé dans le haut de la région frontale gauche. La paroi osseuse est amincie au point d'être transparente. — *Cerveau*. Méninges épaisses, adhérentes entre elles : dans la région frontale la dure-mère est épaisse. L'arachnoïde, la pie-mère épaisses et vasculaires adhèrent aux circonvolutions sous-jacentes dont on ne peut les séparer

qu'en enlevant quelques parcelles de substance grise. Pas d'athérome des artères.

Cœur. Flasque et mou, s'affaisse et se déforme sur la table. Pas de lésion d'orifice. Entre le myocarde et le péricarde se voit une couche de graisse épaisse d'un travers de doigt. Au microscope, les fibres musculaires du cœur ont leur situation normale. Il en est de même des fibres de divers muscles des membres. — *Poumons.* Présentent de la congestion intense, surtout à la base.

Abdomen. Pour arriver à la cavité abdominale, il faut couper un pannicule graisseux, dont l'épaisseur égale au moins quatre travers de doigt. La hernie ombilicale enlevée par une incision circulaire se montre formée aux dépens du colon transverse. La cavité abdominale contient un liquide citrin assez abondant pour remplir le seau.

L'intestin, le mésentère sont couverts de graisse. *Reins,* de volume normal, sont rouges, congestionnés. *Rate* volumineuse, noire, congestionnée.

Foie. Volumineux, déborde largement dans l'épigastre. Au moment de l'enlever, on aperçoit sur sa face inférieure, près du bord tranchant, juste à droite de la veine ombilicale, sur l'éminence porte antérieure, un corps étranger. Enveloppé d'une sorte de mucus ou tissu blanchâtre, ce corps offre une couleur noire, une forme effilée, et semble être une aiguille métallique, longue comme le doigt, dont les deux tiers sont fichés dans le foie, le reste étant libre et débordant le bord tranchant. La présence de cette aiguille n'avait point été révélée par le malade.

Enlevé du foie et examiné à la Société anatomique, le corps étranger représente un fragment d'aiguille long de 7 centimètres; l'aiguille devait être une aiguille à coudre les sacs. Le fragment était oxydé et tenait très solidement au tissu hépatique. La direction était, par rapport au sujet, oblique de bas en haut, de gauche à droite, à peu près suivant le plan de la face inférieure; en sorte que l'aiguille n'avait pas pénétré profondément.

Le foie présentait extérieurement des granulations jaunâtres sur un fond blanchâtre, et une large tache brune située sur la face convexe. Tous les diamètres sont agrandis, surtout le diamètre transversal; d'où résulte une forme aplatie. Cependant, la consistance est ferme et le doigt ne peut pénétrer dans l'organe, ne peut même pas le déprimer.

A la coupe, le foie crie sous le couteau. Même aspect jaune, rappelant la dégénérescence graisseuse. Examiné au microscope immédiatement, l'organe présente de grosses vésicules graisseuses; traitées par l'acide osmique, les

cellules hépatiques obtenues par le raclage sont la plupart occupées par une granulation grasseuse volumineuse, autour de laquelle se voit un protoplasma pâle, mince, un peu granuleux.

Dans certaines cellules, la graisse a presque tout envahi, et c'est à peine si l'on peut apercevoir, autour de la grosse granulation grasseuse principale, quelques prolongements clairs et granuleux, vestiges du protoplasma. Des coupes faites huit jours après, sur des fragments conservés dans l'alcool, montrent toujours une grande quantité de granulations grasseuses. L'aspect rappelle celui du tissu adipeux sous-cutané.

Cependant, on peut reconnaître des faisceaux de tissu conjonctif assez nombreux : La situation exacte de ces faisceaux dans le lobule hépatique ne peut être nettement reconnue.

RÉFLEXIONS. — Cette observation présente quelques points intéressants : 1° Présence d'une aiguille dans le foie. Enkystée, elle y a séjourné longtemps, elle n'a donné lieu à aucuns phénomènes accusés par le malade. Elle était située sur la face inférieure ; avait probablement pénétré par la paroi abdominale antérieure, ainsi que nous le fait penser sa direction et le résultat de plusieurs tentatives que nous avons faites sur le cadavre. 2° Enfoncement de la région frontale gauche n'ayant occasionné nuls troubles fonctionnels. 3° Polysarcie avec dégénérescence grasseuse et cirrhose du foie chez un grand buveur.

7. Rétrécissement mitral. — **Dépôts de caillots fibrineux stratifiés sur les parois de l'oreillette gauche considérablement dilatée ;** par BOURDEL, interne provisoire.

La nommée L..., 53 ans, est entrée dans le service de M. le D^r AUDHOU, à l'hospice d'Ivry, pour une pneumonie fibrineuse dont elle est morte le cinquième jour.

Un peu d'augmentation dans l'étendue de la matité précordiale, un certain affaiblissement et quelques irrégularités des battements cardiaques, tels étaient les seuls signes que l'examen du cœur avait révélés pendant la vie ; d'ailleurs, cet examen avait été très gêné par les symptômes de l'affection pulmonaire et la dyspnée très grande qui en résultait.

AUTOPSIE. — On trouve une augmentation de volume du cœur, portant presque exclusivement sur l'oreillette gauche qui atteint à peu près le volume du poing. La consistance

de celle-ci est aussi très modifiée ; elle est dure, non dépressible et donne au doigt la sensation d'une paroi épaisse constituée par un tissu dense.

A la coupe, on constate en effet que ses parois sont énormément épaissies, d'une façon peu uniforme, et qu'elles atteignent en certains points l'épaisseur de 3 centimètres environ. Le centre de la cavité est rempli de caillots mous, rougeâtres, cruoriques, résultant de la stase sanguine et de l'asphyxie.

En examinant attentivement la texture de ces parois, on voit qu'elles présentent sur les coupes des stries concentriques et qu'elles sont manifestement constituées par des lamelles fibrineuses enroulées les unes autour des autres. Les plus externes de ces lamelles, qui sont aussi les plus minces et les plus décolorées, adhèrent d'une façon si intime entre elles et à la paroi de l'oreillette qu'il est impossible de reconnaître la limite de celle-ci et de les distinguer nettement entre elles. A mesure qu'elles deviennent plus internes, elles sont au contraire plus épaisses, moins denses, légèrement colorées et plus distinctes les unes des autres. Les plus superficielles de ces dernières adhèrent faiblement à celles qui sont situées au-dessous, et leurs bords déchiquetés, plus ou moins décollés se recourbent dans l'intérieur de la cavité ; sous un filet d'eau ou par des tractions légères, on peut les détacher complètement sous forme de lames à bords irréguliers ou de petits amas fibrineux. Il en résulte que la surface interne de la cavité auriculaire présente un aspect essentiellement inégal et déchiqueté.

Sur un point de la coupe de la paroi, dans les couches de lamelles les plus externes, c'est-à-dire de la paroi propre de l'oreillette, on rencontre un petit amas jaunâtre du volume d'une grosse tête d'épingle, qui révèle un commencement de dégénérescence granulo-graisseuse. Aux points où viennent se jeter les veines pulmonaires, les caillots stratifiés sont traversés par des sortes de canaux, sans parois propres, où aboutissent ces veines.

Enfin, on trouve l'orifice mitral considérablement rétréci ; le bord libre de la valvule est très épaissi et toute sa face auriculaire présente des épaississements et quelques nodosités calcaires. Ce rétrécissement, de forme annulaire, légèrement allongé, ne laisse pas pénétrer le petit doigt et ne se laisse franchir que par une plume d'oie.

REFLEXIONS. — En résumé, il s'agit d'un processus de longue date ; il s'est produit, sous l'influence d'un rétrécis-

sement mitral, une dilatation très notable de l'oreillette gauche et il s'est déposé sur la surface interne de cette oreillette dilatée des couches successives, concentriques, de caillots fibrineux, stratifiés, comme cela a lieu dans les anévrysmes artériels anciens et volumineux. Les faits de ce genre, signalés surtout par Cruveilhier pour les cavités cardiaques, seraient plus fréquents, d'après les auteurs, dans les ventricules ainsi que dans les anévrysmes de leurs parois, que dans la cavité des oreillettes.

8. Fracture de la région postéro-externe et de la base du crâne, fracture de la paroi inférieure du conduit auditif externe, consécutives à une chute sur la nuque; par P. BOURDEL, interne provisoire.

La nommée Donay (Jeanne), âgée de 81 ans, pensionnaire de l'hospice d'Ivry, est atteinte depuis quelques années de démence sénile.

Le 8 juin, dans la matinée, en traversant une cour pavée pour se rendre au réfectoire, elle perd tout à coup l'équilibre, sans qu'elle eût fait de faux pas ni qu'elle eût été heurtée, et tombe lourdement à la renverse. On la transporte à l'infirmerie où elle ne tarde pas à reprendre connaissance. On constate alors qu'elle porte à la partie postérieure de la tête, vers l'angle supérieur de l'occipital, une petite plaie presque verticale, de 4 centimètres environ, par laquelle se fait une légère hémorrhagie; autour de cette plaie, les tissus sont le siège d'un épanchement sanguin, diffus, assez abondant; il ne paraît pas y avoir de décollement du périoste ni déplacement des tables osseuses. Il se fait par l'oreille un écoulement de sang rutilant, peu abondant d'abord, mais qui continue et augmente même dans la soirée et le lendemain; on peut voir nettement que la membrane du tympan est largement déchirée. Il n'existe pas de signes fonctionnels bien nets; l'état mental de la malade rend cette recherche difficile et la parole qui est conservée ne peut être d'aucun secours; en tous cas, pas de troubles de la sensibilité ni de la motilité du côté de la face et des membres. Dans le courant de la journée la malade s'affaiblit de plus en plus, elle tombe dans un état de somnolence qui fait place le lendemain à de la torpeur et elle meurt vers le milieu de la journée.

AUTOPSIE. — Les parties molles péricrâniennes étant enlevées, on constate du côté droit une fracture du crâne. Le trait de cette fracture, partant à peu de distance de l'angle

supérieur de l'occipital, suit à peu près exactement la suture lambdoïde dont elle sépare quelques dentelures dans la partie interne de celle-ci, tandis que, dans sa moitié externe, la moitié se trouve simplement disjointe. Au delà de cette suture, la solution de continuité, poursuivant sa direction primitive, intéresse le temporal, en passant au-dessus de la base de l'apophyse mastoïde et arrive sur la paroi supérieure du conduit auditif externe, où elle se divise en deux branches réciproquement perpendiculaires ; l'une de celles-ci se prolonge parallèlement à l'axe de ce conduit, au fond duquel on la perd de vue, tandis que l'autre, verticale, très courte, consistant en une simple fêlure, remonte vers la racine postérieure de l'apophyse zygomatique (qui a résisté d'ailleurs dans sa partie la plus superficielle), et se perd au bout de 3 centimètres environ sur la partie écailleuse du temporal.

On trouve, en outre, la paroi inférieure du conduit auditif externe divisée en plusieurs fragments. En regardant du côté de la cavité crânienne, on retrouve la fracture, qui, au delà de la suture lambdoïde sensiblement écartée, passe presque horizontalement sur le sinus latéral et la base du rocher où se voit la bifurcation que nous avons signalée. La plus petite de ces deux branches monte verticalement sur la portion écailleuse du temporal, ainsi que nous avons vu ; la plus grande, horizontale, venant aboutir à la gouttière du grand nerf pétreux superficiel, est parallèle à l'axe du rocher, ainsi que l'avait fait prévoir l'hémorragie persistante par l'oreille et l'absence de paralysie faciale.

Extérieurement, le péricrâne n'est pas décollé, mais déchiré au niveau de la suture lambdoïde, ce qui explique l'épanchement sanguin diffus qui s'est fait dans les parties molles de la région postérieure du crâne.

Intérieurement, la dure-mère est intacte ; on constate cependant, au niveau de la base du rocher, un léger décollement de cette membrane par un petit épanchement sanguin, du volume d'un gros pois environ.

L'examen de l'encéphale permet de constater que les méninges sont très adhérentes, que les artères cérébrales sont très athéromateuses, que la pulpe cérébrale est partout sensiblement diminuée de consistance et qu'il existe à la base du cerveau, surtout dans sa partie antérieure, une suffusion sanguine dans les méninges. Le liquide céphalo-rachidien est lui-même fortement coloré par du sang.

Il existe au niveau du lobule orbitaire gauche et du sillon cruciforme un petit foyer de ramollissement assez superficiel. Par les coupes, on trouve du côté droit un petit

foyer hémorrhagique, auquel il faut attribuer l'épanchement sanguin intra-crânien, allant du niveau du sillon rolandique à la partie moyenne des circonvolutions frontales et qui, situé au-dessous du lobule de l'insula, s'étend jusqu'à la capsule externe; en ce point, il existe un ramollissement qui va jusqu'au corps strié.

RÉFLEXIONS.— En résumé, nous avons affaire à une fracture de la partie postéro-externe du crâne et parallèle du rocher chez une femme tombée en arrière, de sa hauteur. La cause de la chute paraît résider dans un petit foyer hémorrhagique qui s'est produit dans un ancien foyer de ramollissement, et la mort paraît surtout résulter de la compression du cerveau par le sang épanché à la suite de cette hémorrhagie cérébrale.

Quoi qu'il en soit, cependant, cette fracture nous a paru intéressante à plusieurs points de vue. D'abord son étendue, eu égard à la manière dont elle s'est effectuée. Il n'est pas très fréquent de voir une simple chute sur le sol produire d'aussi grands désordres du côté du crâne; mais, ce qui nous a surtout frappé, c'est sa direction générale, direction qui ne s'éloigne pas sensiblement de l'horizontale. Le point qui a porté sur le sol, étant situé à peu près au niveau de l'angle supérieur de l'occipital, comme le montre la plaie qui siégeait à ce niveau, la fracture s'étend d'arrière en avant sur les parois du crâne, puis de dehors en dedans sur le rocher. Elle constitue donc une exception à cette règle, qui veut que les traumatismes portant sur les parties latérales ou supérieures du crâne, déterminent des solutions de continuité qui gagnent la base par le chemin le plus court, en se rapprochant plus ou moins de la verticale; ceux de la nuque allant d'après cela, le plus souvent, gagner le trou occipital.

Enfin, dernier détail qui nous a paru digne de remarque : chez cette femme, qui avait 81 ans, la plupart des os du crâne n'étaient pas encore soudés entre eux, ce qui a permis l'écartement des deux lèvres de la suture lambdoïde, qui fait partie de la fracture dans une certaine étendue.

9. Méningite tuberculeuse cérébro-spinale ; par GALLIAUX, interne provisoire.

A la fin de l'année 1869, trois observateurs : MM. Magnan, Hayem et Liouville publiaient presque simultanément des cas de méningite cérébro-spinale tuberculeuse, en émettant l'opinion que la localisation méningo-spinale du tubercule n'était probablement pas aussi rare qu'on l'avait cru jusqu'alors. Les signes spéciaux qu'ils lui attribuaient consistaient en tremblements, contractures, secousses, frémissements, accès tétaniformes, raideur du cou et du tronc, paralysies fonctionnelles. A l'autopsie, ces auteurs signalent des granulations à la surface de la pie-mère spinale et sous l'arachnoïde, une fois seulement sur la dure-mère, avec des exsudats fibrineux plus ou moins abondants sur les méninges et même inflammation superficielle de l'axe médullaire.

Depuis ces mémoires, restés classiques, les anatomo-pathologistes, considérant vraisemblablement la question comme jugée et suffisamment établie, n'ont pas produit de faits nouveaux. — Voici un cas qui nous a paru intéressant à cause de la localisation des tubercules, non pas sur la pie-mère, mais sur la dure-mère spinale. Il faut remarquer qu'il n'y avait ici que des granulations tuberculeuses, sans exsudat, sans méningite proprement dite, la mort étant survenue trop rapidement pour donner aux productions inflammatoires le temps de se développer. De là, l'absence des phénomènes propres à la méningo-myélite aiguë, et le tableau symptomatologique de la méningite tuberculeuse vulgaire.

Albert D., âgé de 29 ans, cordonnier, entre le 28 mai 1880 à l'hôpital St-Antoine, service de M. HAYEM, salle St-Louis, n° 6. — Il est absolument incapable de nous fournir aucun renseignement, et ceux que sa femme nous donne sont fort peu précis. Il est à Paris depuis six mois et ne tousserait, dit-elle, que depuis six semaines. Sa toux aurait même disparu quand, il y a deux jours, il fut pris de diarrhée, de fièvre, d'épistaxis, ce qui aurait fait croire au médecin, appelé pour le soigner, à l'existence d'une fièvre typhoïde. Quoi qu'il en soit, la maigreur, la teinte cireuse de la face, et surtout le gargouillement au sommet gauche, annoncent des lésions tuberculeuses déjà anciennes.

Le malade présente un état cérébral des plus graves ; il ne répond à aucune question, mais prononce des paroles souvent incompréhensibles, ou bien il profère des plaintes gourmandes sa femme qu'il croit voir auprès de lui.

Ses paupières ne sont pas toujours closes, mais il craint la lumière. Il est couché sur le côté droit, en chien de fusil, les mains vers la face, les cuisses demi-fléchies sur le bassin. Les membres supérieurs ne restent pas immobiles; il les porte souvent à la bouche et au nez, et, quand on le touche, il essaie d'écarter la main de l'observateur. Il a de l'hyperesthésie et supporte impatiemment l'examen, se plaignant d'être brutalisé. Les membres inférieurs sont sensibles à la palpation, mais la motilité n'y a pas conservé son intégrité. On y constate de la roideur; la roideur est très marquée au cou; la tête est difficile à ramener à gauche; il est difficile de faire asseoir le malade. — Les pupilles sont légèrement inégales. La tache méningitique existe de la façon la plus nette. Le ventre n'est pas rétracté, ce qui tient à la rétention d'urine; en sondant le malade, on fait couler près d'un litre d'urine. En examinant la poitrine, on trouve à gauche, sous la clavicule, de la matité et du gargouillement; même matité avec râles muqueux à droite. Les deux sommets sont mats en arrière, et l'on trouve à gauche du souffle et de gros râles.

Le pouls est petit, filiforme, à 96. La respiration n'offre pas d'inégalité dans le rythme. — Une épistaxis le soir.

29 mai. La nuit a été agitée; le malade a parlé tout haut presque constamment, il n'a pas uriné; il n'a pas eu de selle. Ce matin, il montre encore la langue qui est sèche. P. 92. La position est toujours la même, rotation à droite de la tête et des yeux. Rien de nouveau à noter. Le diagnostic n'est pas douteux: méningite tuberculeuse chez un tuberculeux à la troisième période.

30 mai. Après une nuit très agitée, le malade succombe à six heures du matin.

AUTOPSIE faite le 31 mai. — On trouve au sommet du poumon gauche une caverne pouvant admettre une mandarine, traversée par des brides fibro-vasculaires. Le lobe supérieur est tout entier infiltré de tubercules confluents. Les tubercules infiltrèrent le lobe inférieur gauche dans sa totalité. On en trouve à la surface de la plèvre. Le sommet est adhérent à la paroi costale. A gauche, il existe au lobe supérieur deux cavernules, près du bord antérieur; on trouve dans les autres portions de ce lobe des îlots de broncho-pneumonie tuberculeuse. Les lobes moyen et inférieur n'offrent que des tubercules disséminés.

Le cœur ne présente pas de lésions valvulaires; il est seulement un peu mou, décoloré. — Pas de péricardite. Pas de tubercules de la rate, ni du foie, ni des reins. Le foie est manifestement grasseux.

Dans l'intestin existent des lésions tuberculeuses. Le cœcum présente une vaste ulcération à bords déchiquetés inégaux, à grand axe perpendiculaire à l'axe intestinal, environné de tubercules et présentant sur son fond plusieurs granulations de même nature. Les dernières plaques de Peyer sont ulcérées, et il existe autour d'elles de nombreux tubercules isolés. Pas de tubercules du péritoine. Les ganglions mésentériques voisins du cœcum forment deux paquets gros comme des noix, caséeux, non suppurés.

La dure-mère crânienne n'offre pas d'altération. On trouve en enlevant le cerveau du liquide louche autour du tuber cinereum et au niveau des confluent inférieure et postérieure. Les ventricules latéraux sont remplis du même liquide. La surface cérébrale est molle, sans lésion appréciable. C'est la pie-mère qui présente les lésions intéressantes. A sa face interne, quand on l'a détachée de la substance nerveuse, se voient de fines granulations tuberculeuses le long des vaisseaux. Ces granulations sont surtout abondantes à l'origine des scissures de Sylvius et à la base du cerveau ; sur ces points, elles sont très rapprochées les unes des autres. La pie-mère adhère à la surface de la protubérance. Rien au niveau du cervelet. Nulle part on ne trouve de suppuration, ni d'exsudat fibrineux ; les méninges n'ont pas augmenté d'épaisseur et ont conservé à peu près leur transparence normale.

Dans le canal rachidien, les lésions ont un aspect différent. La dure-mère n'adhère au feuillet viscéral de l'arachnoïde que par quelques travées très minces et sans résistance, traces d'une inflammation très légère. En examinant la face interne de la dure-mère, on constate que ses vaisseaux sont injectés, surtout aux régions cervicale et lombaire, on remarque de plus que cette surface est semée de fines granulations, faciles à apercevoir à l'œil nu ou mieux à la loupe, à cause de l'absence d'exsudat, légèrement saillantes, et dont quelques-unes seulement atteignent le volume d'une tête d'épingle. Ces granulations sont plus rapprochées les unes des autres aux régions lombaire et cervicale, plus discrètes à la région dorsale, et se voient aussi bien à la portion qui revêt la face antérieure qu'à la face postérieure de la moelle. Ces granulations, on peut s'en convaincre à l'aide du microscope, renferment très nettement les éléments du tubercule jeune.

10. M. MAYOR présente, au nom de M. Baillet, un nouveau *rachitome*

Séance du 18 Juin.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

11. Epistaxis répétées. Cautérisations multiples au perchlorure de fer par un pharmacien de la ville. Mort. — A l'autopsie, dépôt de fer sur l'arachnoïde du gyrus rectus du côté droit ; par L. GALLIARD, interne des hôpitaux.

Baptiste Ferès, 55 ans, garçon de cuisine, entre le 22 juin à l'hôpital Saint-Antoine, salle St-Louis, n° 5, dans le service de M. HAYEM.

Il n'a pas eu d'hémophiliques dans sa famille. Il a contracté la fièvre typhoïde et la rougeole en 1850 et 1852. En 1845, il a eu une épistaxis abondante durant trois jours, et, à la suite, il a dû suspendre son travail pendant un mois. En 1878, anasarque envahissant les membres et le tronc durant deux ou trois semaines. Jamais d'hémorroïdes, jamais de rhumatisme articulaire, pas de fièvre intermittente, léger alcoolisme dû à la profession de garçon de cuisine, mais il n'accuse pas même de pituite matinale ni de cauchemars. L'an dernier, en 1879, il a eu une perte subite de connaissance et s'est relevé au bout de quelques heures.

C'est le 19 juin, en se levant, qu'il a commencé à saigner du nez ; à onze heures, un écoulement de sang l'a déterminé à entrer chez un pharmacien qui lui a mis un tampon avec du perchlorure de fer, et lui a fait prendre à l'intérieur quelques gouttes du même liquide. Le 20 juin, récurrence, il va encore chez le pharmacien qui recommence le même traitement. Le 21, nouvelle épistaxis très abondante ; il se sert alors lui-même d'une petite bouteille contenant du perchlorure de fer que le pharmacien lui a confiée, pour imbiber un tampon de charpie, mais ne consulte pas de médecin.

Enfin, le 22 juin au matin (jour de son entrée), l'hémorragie reprend de plus belle et le malade court de nouveau chez un pharmacien, qui lui fait une nouvelle application de perchlorure. C'est toujours la narine droite qui a fourni le sang ; — et il évalue la quantité de sang perdue à plusieurs

littres. C'est seulement le 22 qu'il se décide à entrer à l'hôpital. Nous constatons qu'il n'a plus par la narine droite qu'un écoulement insignifiant et décidons d'attendre avant de faire le tamponnement. Le malade a une céphalalgie légère, se sent faible sans accuser cependant de vertiges. Il a une teinte anémique des plus caractéristiques, pâleur de la face, des muqueuses, de tout le tégument externe. Ergotine, 4 grammes.

23 juin. Epistaxis nouvelle hier soir et ce matin ; le tamponnement est devenu nécessaire. Nous le pratiquons d'un côté seulement en plaçant, malgré la résistance du malade, un bourdonnet de charpie à l'orifice postérieur et un à l'orifice antérieur. Ergotine, 4 grammes.

24 juin. Le malade indocile a retiré son tampon antérieur et cassé le fil qui attachait le postérieur.

L'épistaxis recommence cette fois par les deux narines. M. Hayem constate les signes vasculaires de l'anémie, au cœur, souffle à la pointe avec dédoublement du second bruit, souffle au foyer pulmonaire, souffle diastolique de la carotide et de la sous-clavière. Nouveau tamponnement des deux côtés, fait dans l'après-midi ; la résistance du malade nécessite l'emploi de la camisole de force. Ergotine, 4 gr.

Le soir agitation ; le malade s'irrite de se voir attaché et menace, dès qu'on le détache, d'enlever ses tampons. Le sang dégluti le matin se retrouve dans les selles. Potion cordiale.

25 juin. Le tampon de la narine gauche est enlevé, il s'écoule par cette narine du pus d'odeur gangréneuse infecte, sans mélange de sang. Le délire continue ; on essaie d'enlever la camisole de force, mais le malade veut partir et s'agite, il faut la remettre.

Les tampons sont maintenus dans la narine droite qui a toujours fourni l'hémorrhagie la plus abondante. Injection d'acide phénique dans la narine qui suppure.

25 juin. Encore une légère épistaxis ce matin. La langue est sèche. Adynamie. Le malade commence à avoir de la fièvre. P. 112. Rien dans les poumons. On supprime l'ergotine. Potion de Todd avec 4 gr. d'extrait de quinquina. Suppuration toujours infecte par la narine gauche.

27 juin. La nuit a été encore agitée. Ce matin, grande faiblesse, adynamie, langue sèche, subdélirium. La suppuration est infecte malgré les injections fréquentes d'eau phéniquée ; elle se fait non seulement par l'orifice externe des fosses nasales mais par les points lacrymaux. Potion de Todd, extrait de quinquina, 4 grammes. — Mort le soir à 7 heures.

AUTOPSIE. — Malgré la chaleur, le sujet est bien conservé. Dans le thorax, pas de lésion pulmonaire, pas d'emphysème, pas de tubercules. Cœur sain, sauf les valvules aortiques, qui présentent un ou deux nodules athéromateux. Athérome léger de l'aorte. Une plaque laiteuse ancienne à la surface du ventricule droit. Pas de lésion des viscères abdominaux. Le foie a son volume normal, un peu gros. Pas de cirrhose. La vésicule contient de la bile normale. Les reins sont normaux; la rate est petite, sans ramollissement considérable de sa pulpe. L'estomac et l'intestin ne présentent pas d'ulcération. La vessie est saine.

En enlevant le cerveau, on constate à la surface du gyrus rectus droit, autour du nerf olfactif, une tache noirâtre sur l'arachnoïde, allongée d'avant en arrière, précisément au point qui est en contact avec la lame criblée de l'ethmoïde. Cette tache, dont nous détachons une partie, contient manifestement du fer, ainsi qu'on peut s'en assurer à l'aide de ferro-cyanure de potassium.

Autour d'elle, pas d'irritation, pas de méningite, pas d'infiltration purulente. Rien de pareil du côté opposé.

A la surface de la lame criblée du côté droit, la dure-mère a également une coloration noire verdâtre, et, de même, la partie avoisinante du frontal paraît s'être légèrement infiltrée de la même matière colorante.

En faisant la coupe du pharynx, on constate que les fosses nasales sont encore remplies de matière purulente, d'odeur infecte. La muqueuse, surtout à droite, est verdâtre, infiltrée de pus, épaissie, et se détache facilement de l'os sous-jacent; la même inflammation se remarque dans le sinus maxillaire droit et dans les sinus sphénoïdaux. La muqueuse qui recouvre la cloison est également épaissie et verdâtre. Les os ne sont pas atteints par l'inflammation.

RÉFLEXIONS. — En résumé, nous n'avons pas trouvé de lésion viscérale expliquant l'hémorrhagie; il est évident que c'est le perchlorure de fer qui a déterminé cette inflammation de la muqueuse des fosses nasales avec tendance à la gangrène. Le caustique liquide employé d'une façon inconsiderée a cheminé à travers les trous de la lame criblée, en suivant les vaisseaux et les nerfs jusqu'à la surface des méninges du lobe frontal, où sa présence est mise en évidence par la réaction chimique.

12. Luxation du pied en dehors compliquée de fracture. Erysipèle gangréneux. — Mort ; par A. CHANTEMESSE, interne des hôpitaux.

La nommée C. Emilie, couturière, âgée de 58 ans, entre, le 11 février 1880, dans le service de M. POLAILLON, à la Pitié, salle Saint-Jean, lit n° 7.

Cette malade, d'apparence vigoureuse, a eu deux attaques de rhumatisme aigu il y a plusieurs années et présente un léger souffle mitral. Elle avoue, en outre, quelques habitudes alcooliques, des rêves et des cauchemars pendant la nuit. Elle nous raconte que, la veille, en voulant ôter sa chaussure, elle s'est tourné le pied, sans faire de chute, dit-elle ; il est bien probable que ses habitudes d'intempérance ne lui ont pas permis, ce jour-là, de conserver des souvenirs bien exacts.

On constate une luxation du pied en dehors, côté droit. Le tibia, porté en dedans, forme une saillie prononcée, au-dessous de laquelle on trouve une dépression profonde provenant de la projection de l'astragale en dehors. A deux travers de doigt, au-dessus de la malléole externe, existe une dépression au niveau de laquelle la douleur est très vive ; on a sous les yeux, quoique peu accusé, le coup de hache. Légère ecchymose, la fracture n'est pas douteuse.

Chloroformisation. Le pied est remis le plus possible dans l'axe de la jambe, mais la déformation ne disparaît pas complètement, malgré toutes les tentatives de réduction complète. Application d'une couche d'ouate et de l'appareil de Dupuytren.

12 février. Depuis la veille, la malade a éprouvé une assez vive douleur qui a empêché tout sommeil, malgré une pilule de 0,05 cent. d'extrait d'opium.

13 février. Insomnie presque complète. On enlève l'appareil et on constate au niveau de la fracture du péroné quelques phlyctènes.

23 février. L'appareil a été laissé jusqu'à ce jour, mais les douleurs persistant et l'état général n'étant pas trop satisfaisant, on enlève l'appareil et le membre est placé dans une gouttière. Le pied n'a plus de tendance à se luxer en dehors ; la saillie du tibia persiste seule, mais la compression, maintenue jusqu'à ce jour, a amené, au-dessus de la malléole interne, la formation d'une escharre de la largeur d'une pièce de 5 francs. On applique sur la face antérieure du membre une attelle et l'on maintient le tout à l'aide de trois lacs passant sous la gouttière. Pansement phéniqué.

24 février. La malade a beaucoup souffert pendant la nuit, particulièrement dans le talon.

25 *février*. L'escharre tombe, la face intérieure de la malléole est dénudée. Pansement phéniqué.

3 *mars*. L'os, à nu, est atteint d'ostéite bourgeonnante.

6 *mars*. Dans la journée précédente, plusieurs petits frissons et malaise général. Ce matin, on constate un érysipèle qui occupe toute la fesse gauche et la partie postérieure de la cuisse. A droite, dans la région correspondante, rougeur érysipélateuse. Gonflement et sensibilité des ganglions inguinaux. P. 90 ; T. 38°,3.

8 *mars*. Peu de réaction générale. Plaie en bon état, l'érysipèle n'est pas franc ; il n'y a pas d'albumine dans les urines.

10 *mars*. Exfoliation de plus en plus prononcée de la surface osseuse mise à nu. L'érysipèle a disparu, bon état général.

25 *mars*. La plaie présente toujours un bon aspect, le bourgeonnement continue ; on attend l'élimination de la portion osseuse nécrosée.

25 *avril*. Rien de nouveau du côté de la plaie, les parties molles qui entourent la partie superficielle de la portion osseuse nécrosée bourgeonnent vigoureusement.

15 *mai*. L'état général n'est pas mauvais, mais l'appétit est peu marqué, la malade s'ennuie d'être à l'hôpital, elle pleure souvent et boit une assez grande quantité de vin par semaine, qu'on lui apporte du dehors. Le séquestre osseux est toujours très adhérent profondément.

25 *mai*. L'état général laisse à désirer ; l'appétit est très faible, la malade se couche toujours du côté droit, elle se plaint à ce niveau d'un léger point de côté. On trouve de ce côté un peu de matité à la percussion et de la résistance sous le doigt ; quelques râles sous-crépitaux fins et même souvent un léger souffle voilé, mais moins intense et moins aigu que le souffle pleurétique. On applique quelques ventouses sèches.

3 *juin*. La malade, qui n'avait pas mangé la veille au soir, a été prise, à 3 heures du matin, d'un frisson très intense. A la visite du matin, nous la trouvons très pâle, avec un faciès très altéré. Elle a vomi trois fois depuis ce matin une assez grande quantité de matières liquides et grisâtres. Nous constatons le long du membre inférieur droit, sur la face interne de la cuisse, dans le creux poplité et sous le mollet, des plaques larges comme la main, très rouges, douloureuses au toucher, à bords festonnés mais non saillants. Les ganglions inguinaux sont pris. Du côté de la plaie, toute la surface recouverte par la compresse phéniquée paraît saine à la vue.

La voisine de lit de la malade était depuis plusieurs jours atteinte également d'érysipèle et c'est d'elle, sans doute, qu'est venue la contagion. Potion de Todd, quinquina; toutes les trois heures une pilule de sulfate de quinine de 0,10 cent. T. 39°,2.

Le soir, l'érysipèle a gagné la fesse du même côté. T. 39°,4. Deux vomissements dans la journée.

4 juin. Etat général très mauvais, les vomissements ont continué. T. 39°,2; soif vive, appétit nul. Même traitement. Soir, T. 39°,6. On voit apparaître sur la face dorsale du pied une nouvelle plaque d'érysipèle.

5 juin. L'état général est très mauvais, langue sèche, couverte de fuliginosités noirâtres; dyspnée vive. On constate à la percussion et à l'auscultation tous les signes physiques d'une congestion pulmonaire intense, surtout du côté droit: submatité, râles sous-crépitaux fins, souffle léger. T. 39°,8. Vésicatoire.

6 juin. L'érysipèle occupe tout le membre inférieur droit, mais l'état général est un peu meilleur, la dyspnée moins vive et la congestion pulmonaire a un peu diminué. Mais l'examen de l'urine permet de constater un assez fort nuage d'albumine. T. 38°,9.

7 juin. Sur les plaques érysipélateuses, on voit apparaître des phlyctènes, notamment au niveau du grand trochanter, de la fesse droite, sous le mollet, sur la face dorsale du pied. En même temps que les phlyctènes, on voit se dessiner au même niveau des plaques noires. L'état général est encore plus mauvais. L'adynamie est profonde; la malade répond à peine aux questions. Carphologie et selles involontaires. T. 40°.

Le soir, les plaques gangréneuses s'étendent. T. 40°.

8 juin. Les plaques noires s'éliminent et laissent au-dessous le tissu cellulaire sous-cutané grisâtre; il s'écoule une petite quantité de liquide séro-purulent. T. 40°,5.

Mort dans la journée.

AUTOPSIE 36 heures après la mort. — *Cerveau*: La substance est simplement un peu ramollie. — *Poumons*: Congestion extrêmement intense, surtout du côté droit, mais pas d'hépatisation, toutes les portions jetées dans l'eau sur-nagent.

Foie. Il est pâle et paraît un peu augmenté de volume. Pas de cirrhose. — *Reins*. Sains à l'œil nu. — *La rate*, le pancréas, le tube digestif et les organes génitaux n'offrent rien de remarquable.

La jambe droite est amputée et l'articulation tibio-tarsienne disséquée.

L'astragale et le calcanéum ont conservé leurs rapports intimes, mais l'astragale et avec lui tout le pied est projeté en dehors. La malléole externe est fracturée. Le trait de la fracture dirigé d'arrière en avant et de haut en bas commence en arrière à 5 cent. au-dessus de l'extrémité inférieure de la malléole externe, et finit en avant à 2 cent. au-dessous; de plus cette malléole ou fragment inférieur du péroné est portée à 2 cent. en dehors de l'axe du même os. Elle est liée au fragment supérieur en haut par une sorte de pontosseux développé sans doute aux dépens d'une bande de périoste, décollé à ce niveau. C'est à ce point qu'on sentait le coup de hache. Les deux fragments du péroné forment donc un angle aigu, ouvert en bas, et c'est dans cet angle qu'est venu se loger l'astragale. Celui-ci, en effet, a complètement abandonné la face articulaire du tibia; il a été transporté à 3 cent. en dehors et aussi un peu en arrière, conservant des rapports par sa facette articulaire externe avec la malléole externe arrachée, et mettant en contact sa poulie articulaire avec le fragment supérieur du péroné.

En dedans, on trouve l'extrémité inférieure du tibia libre, sa malléole est nécrosée à sa partie inférieure et tient encore assez solidement au restant de l'épiphyse. De plus, de la face postérieure de cette extrémité, on voit partir un pontosseux transversal qui s'attache en dehors sur la malléole externe et va consolider la nouvelle articulation.

REMARQUES.— En somme, 3 points sont à considérer. C'est, d'une part, une luxation aussi complète accompagnée de fracture obtenue par un simple effort de la malade pour arracher sa bottine. Faisons remarquer, toutefois, qu'à l'examen de la pièce, nous avons trouvé les os de cette femme âgée de 58 ans assez fragiles et que la pointe du bistouri pénétrait sans beaucoup de difficulté dans les portions spongieuses. En second lieu, on voit sur la pièce la presque impossibilité de la réduction, même sous le chloroforme, et enfin, la formation d'une nouvelle articulation solide, située à peu près dans l'axe de la jambe, à quelques centimètres en dehors, et dans une situation telle que la direction verticale du pied était conservée et que la malade eût pu probablement marcher sans trop de difficulté.

13. M. POIRIER montre un cas de *périostite phlegmoneuse diffuse de l'humérus*. Le décollement du périoste se fit en quelques jours sur toute la hauteur du corps de l'humérus.

L'incision donna issue à du pus mal lié, contenant des flocons noirâtres. L'enfant succomba au bout de quelques jours.

M. CH. H. PETIT rapproche cette observation d'un cas de Boeckel absolument analogue et rapporté dans la thèse de Culot sur la médullite aiguë. Il s'agit là d'une sorte de périostite plegmoneuse diffuse foudroyante.

Séance du 25 juin.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

14. Fracture par torsion de la partie inférieure du corps du fémur; par M. Ch. FÉRÉ, interne des hôpitaux.

Pendant notre séjour à l'hôpital des Enfants Assistés, en 1878, en cherchant à produire expérimentalement sur des sujets abandonnés, de quatre à six ou sept ans, des fractures et des luxations du membre inférieur, il nous est arrivé de déterminer des fractures du fémur qui se présentaient sous une forme particulière qui nous a frappé.

Voici comment nous les obtenions : la cuisse étant dans l'extension et dans une direction sensiblement parallèle à l'axe du corps, la jambe était fléchie à angle droit, et, portée tantôt en dedans au-devant du genou du côté opposé, tantôt en dehors. Quand la jambe était portée en avant de l'autre genou, la cuisse se trouvant par conséquent dans la rotation en dehors, si on exagérait ce mouvement de rotation en faisant décrire un arc de cercle au pied, il se produisait un craquement osseux à peu près à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen du fémur. On trouvait une fracture dite spirale, spiroïde, hélicoïdale, cunéenne, en V, déjà observée par Gerdy, et sur la forme de laquelle nous reviendrons. Quand, au contraire, le pied et la jambe étaient portés en dehors et la cuisse placée dans la rotation en dedans; si on exagérait cette rotation d'une façon analogue, on produisait encore une fracture dans le même point, mais les traits de cette fracture étaient dirigés symétriquement en sens inverse.

Le mode de production de ces fractures ne nous avait pas paru, tout d'abord, comparable aux traumatismes accidentels qui produisent ordinairement les fractures indirectes du fémur, et, leur forme anatomique étant aussi exceptionnelle pour cet os, nous n'avions pas cru devoir appeler l'attention sur ces expériences. Nous avons cependant trouvé digne de remarque qu'une torsion forcée du fémur déterminât une fracture du corps de l'os sur des enfants de cet âge, et non un décollement épiphysaire comme lorsque l'on tend à produire une flexion latérale. Et, en outre, ces résultats nous démontraient la possibilité, souvent niée, de produire expérimentalement des fractures indirectes des os des membres, en n'agissant que sur les leviers naturels.

Le 27 mai dernier, une femme de 84 ans entra à l'hôpital Necker, dans le service de M. Guyon. En descendant de son lit, son pied gauche s'était tordu en dedans, et elle était tombée presque assise sur son talon; elle s'était fait une fracture de la partie inférieure du fémur. La cuisse, tuméfiée, offrait une forte convexité externe, le pied et la jambe étaient dans la rotation en dehors; il y avait un raccourcissement de six centimètres, on sentait facilement la mobilité des fragments, le fragment inférieur faisait saillie en dehors. La malade; très indocile, ne voulait supporter aucun appareil; il se développa rapidement des eschares au sacrum, et elle succomba le 10 juin à une pneumonie hypostatique. A l'autopsie, nous trouvons la fracture entourée encore de sang en partie liquide. La pointe du fragment inférieur est fortement remontée en dehors du supérieur; c'est une fracture hélicoïdale, en tout comparable à celles du tibia étudiées par MM Gosselin, Tillaux, Leriche, Koch, Biermann, etc. Les fragments sont limités par deux lignes dont l'une, hélicoïdale, commence un peu en arrière du bord externe de l'os, contourne la face antérieure, le bord interne, la surface poplitée et vase terminer sur la face externe, un peu avant d'arriver à la tubérosité; et l'autre, descendant un peu obliquement, à partir du même point, jusqu'à la rencontre de la ligne hélicoïdale avant sa terminaison sur la ligne médiane de la surface poplitée; ces deux lignes forment deux angles très aigus, surtout le supérieur. L'articulation coxo-fémorale présente des lésions de l'arthrite sèche, et le fémur est réduit à une coque mince et friable.

La forme de cette fracture nous rappelle exactement celles que nous avons produites précédemment, par torsion de dedans en dehors. En y réfléchissant, il a été facile de se convaincre que, dans le cas que nous venons de citer,

la fracture s'est bien faite aussi par torsion du fémur en dehors : le pied étant tordu en dedans et fixe et la jambe fléchie à faux, le corps ne peut s'affaisser jusqu'à terre qu'en produisant une abduction et une rotation forcée du fémur tendant à porter en dehors la face antérieure.

Ce fait montre que, quand le membre inférieur est dans une position telle qu'elle tend à imprimer au fémur un mouvement de torsion, le poids du corps peut suffire pour porter cette torsion jusqu'à la rupture, au moins chez un sujet âgé. Dans les nouvelles expériences que nous avons entreprises sur des sujets ayant atteint ou dépassé l'âge adulte, nous n'avons réussi à produire des fractures par le procédé indiqué plus haut que sur deux sujets ayant dépassé soixante ans; chez les autres, nous avons déterminé des lésions diverses du genou ou de la hanche (1). Mais, ce n'est pas seulement l'âge et le plus ou le moins de fragilité d'os qui font varier le résultat de la torsion, car, sur des enfants du même âge et sur un même sujet on peut obtenir une fracture du fémur, ou une luxation coxo-fémorale, ou une déchirure des ligaments latéraux du genou, ces différences tiennent peut être à ce qu'il est à peu près impossible de fixer l'axe de la torsion.

Les deux fractures que nous avons obtenues chez des sujets âgés, l'une par torsion en dedans, l'autre par torsion en dehors, sont absolument identiques par leur siège et leur forme à celles que nous avons produites sur les enfants, et il serait impossible de distinguer la fracture expérimentale par torsion en dehors de celle qui a été causée par le traumatisme accidentel, elles ont donc été déterminées par un mécanisme identique.

Nous allons décrire successivement, d'après l'ensemble des pièces que nous avons observées, les fractures par torsion en dehors qui paraissent surtout pouvoir se rencontrer dans la pratique, et les fractures par torsion en dedans. Nous avons essayé de rendre notre description plus claire en y joignant des dessins d'après nature, que nous devons à l'obligeance de notre ami J.-B. Duffaud.

1. Fractures par torsion en dehors. — Elles offrent : A. Un trait hélicoïdal commençant un peu en arrière du bord

(1) En reproduisant ces expériences avec mon ami M. Raullet, j'ai produit une fracture hélicoïdale, avec fragment intermédiaire, analogue à certaines fractures en V du tibia, sur une femme de 54 ans. Raullet. — *Des fractures hélicoïdales, etc.* Thèse de Paris, novembre 1880.

externe de l'os, se dirigeant obliquement de dehors en dedans sur la face antérieure du fémur qu'il contourne en

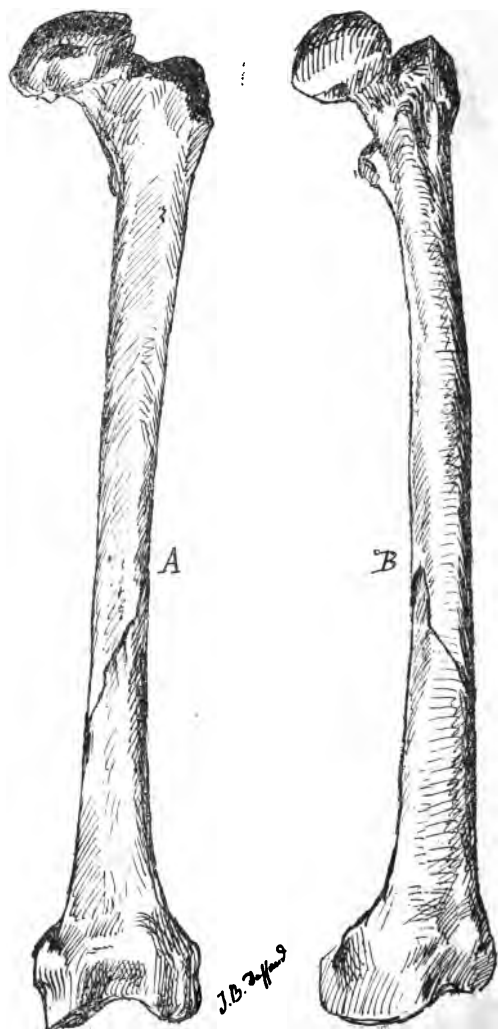


Fig. 1 et 2. — A. Face antérieure d'un fémur fracturé par torsion en dehors. — B. Face antérieure d'un fémur fracturé par torsion en dedans, vue obliquement pour montrer le sommet de l'angle supérieur en arrière du bord interne.

pas de vis ainsi que le bord interne et la surface poplitée, pour aller se terminer vers la tubérosité externe (*Fig. 1. A*).

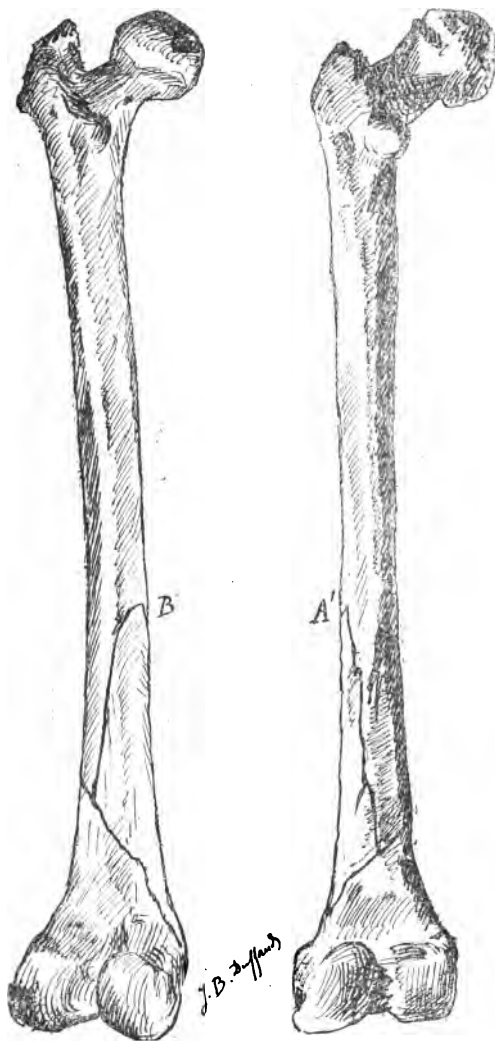


Fig. 3 et 4.—*A'*. Face postérieure d'un fémur fracturé par torsion en dehors.— *B'*. Face postérieure d'un fémur fracturé par torsion en dehors.

Ce trait suit donc de haut en bas une direction inverse de celle de la torsion imprimée à l'extrémité inférieure, l'extrémité supérieure et le bassin étant supposés fixes. — B. Un autre trait presque rectiligne part du même point que le premier, et se dirige en bas et un peu obliquement en dedans, en restant dans toute son étendue sur le demi-cylindre postérieur de l'os, et se termine en bas à sa rencontre avec le trait hélicoïdal, à peu près sur la ligne médiane de la surface poplitée ou un peu en dedans (Fig. 4. A').

II. *Fractures par torsion en dedans.* — Elles offrent une disposition inverse et symétrique de celles qui précèdent. Elles présentent : A. Un trait hélicoïdal commençant un peu en arrière du bord interne, se dirigeant obliquement de dedans en dehors sur la face antérieure, puis sur le bord externe, sur la surface poplitée pour aller se terminer vers la tubérosité interne (Fig. 2. B) ; c'est-à-dire en suivant encore une direction inverse de celle de la torsion pratiquée sur l'extrémité inférieure. — B. Un autre trait situé tout entier sur le demi-cylindre postérieur de l'os, se dirigeant un peu obliquement, en bas et en dehors, et se terminant à sa rencontre avec le trait hélicoïdal vers la ligne médiane de la surface poplitée ou un peu en dehors. (Fig. 3. B').

Dans les deux cas, le trait hélicoïdal fait un peu plus d'une fois le tour de l'os ; mais, le tour de vis est plus ou moins allongé, de sorte que la longueur du trait postérieur est très variable (8, 9, 11 centimètres sur les adultes). La partie terminale du trait hélicoïdal, qui se trouve au-dessous de son point de rencontre avec le trait postérieur, forme sur le fragment inférieur une fissure qui représente la fissure articulaire des fractures hélicoïdales du tibia ; chez les enfants, cette fissure s'arrête au cartilage diaphyso-épiphysaire, et, sur les trois fémurs d'adulte, elle n'atteint pas la tubérosité latérale. La présence de ces fissures sur les pièces expérimentales montre bien que leur production n'est pas sous la dépendance de la pénétration du fragment supérieur dans l'inférieur, et qu'elles sont uniquement l'effet de la torsion. — Chaque fragment présente un angle saillant et un angle rentrant, situés tous les deux sur le demi-cylindre postérieur de l'os, aux points de rencontre des deux traits de fracture. L'angle supérieur, situé un peu en arrière du bord externe s'il s'agit d'un cas de torsion en

dehors, un peu en arrière du bord interne s'il s'agit d'un cas de torsion en dedans, est toujours plus aigu; tandis que l'angle supérieur varie de 30 à 35°, l'inférieur varie de 45 à 55°.

Il résulte de la direction des surfaces opposées de ces deux fragments que, dans la fracture par torsion en dehors, le fragment inférieur remonte en dehors, tandis que, dans la fracture par torsion en dedans, il devrait remonter en dedans du supérieur (1).

M. HOUEL avait déjà défendu jadis cette opinion contre celle de M. Gosselin. Pour lui aussi c'est la continuation de la fracture qui pénètre jusque dans l'articulation du genou.

15. Hémiplégie dans le cours d'une phthisie pulmonaire. — Ramollissement du lobule de l'insula; par E. DESNOS, interne des hôpitaux.

La nommée V... (Elise) est amenée, le 24 mai 1880, dans le service de M. DUJARDIN-BEAUMETZ, à l'hôpital Saint-Antoine. C'est une femme de 19 ans, couturière, qui ne présente comme antécédents morbides que quelques manifestations strumeuses dans son enfance; ses antécédents héréditaires sont nuls. Le début de sa maladie remonte à six mois environ, époque à laquelle elle a commencé à tousser, puis a maigri bientôt après; l'expectoration, rare d'abord,

(1) Depuis que ce travail est terminé, nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de M. le professeur Guyon, un malade âgé de 50 ans, dont l'histoire est consignée dans la thèse de M. Raullet (*Des fractures hélicoïdales par torsion de la diaphyse du fémur*, 1880, p. 29) et qui, à la suite de gelures du pied gauche, a été atteint de troubles nerveux divers du membre inférieur, et de mal perforant. Voulant se rendre compte de l'état de son pied, assis sur une chaise, il prit son talon avec la main droite, tandis qu'il saisissait le bout du pied avec sa main gauche: il amena ainsi la jambe gauche en avant du genou droit, en faisant subir à la cuisse un mouvement de torsion de dedans en dehors; tout à coup, il se produisit un craquement comparable à un coup de pistolet, la cuisse était fracturée au tiers inférieur. Un fragment inférieur est taillé obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, et l'angle supérieur fait une forte saillie, en dehors et un peu en avant. Cette fracture ressemble, aussi complètement que possible, à celle de la vieille femme dont nous parlons plus haut et à nos fractures expérimentales par torsion en dehors.

devint rapidement abondante, blanchâtre, aérée, mais jamais teintée de sang. Peu après, au mois de novembre, la malade devint enceinte. Cette grossesse fut difficilement supportée, s'accompagna de vomissements incoercibles pendant plus d'un mois, de vives douleurs abdominales et inguinales, d'une céphalalgie constante; enfin, il y a trois semaines, elle accouchait prématurément à 5 mois de grossesse. Aussitôt, les accidents pulmonaires se précipitent, la toux, pénible, quinteuse, devient presque continue; des douleurs thoraciques se montrent des deux côtés; l'appétit est nul, l'amaigrissement extrême, la fièvre continue avec une légère augmentation vespérale; enfin, des sueurs profuses, la diarrhée s'établissent et amènent un état d'hecticité prononcé.

Il y a trois jours, survint brusquement une hémiplegie gauche complète. Ce fut pendant le sommeil de la malade qu'elle se produisit. A son réveil, seulement, celle-ci s'aperçut qu'elle ne pouvait plus remuer ni le bras ni la jambe; il n'y eut donc pas d'ictus apoplectique, pas de troubles de l'intelligence. L'hémiplegie fut d'emblée absolue, sans aucune douleur, sans contraction, sans qu'aucun symptôme eût pu en faire prévoir l'apparition les jours précédents. Depuis trois jours, l'état est stationnaire, aucun phénomène nouveau n'est apparu, si ce n'est de l'incontinence de l'urine et des fèces survenue en même temps que l'hémiplegie.

Etat actuel. Le malade est dans une prostration extrême, la respiration est anxieuse, rare, peu profonde, le facies extrêmement amaigri, hâve, les yeux excavés. L'auscultation des poumons permet de constater à droite l'existence d'un souffle amphorique intense, perçu en arrière et surtout audessous de la clavicule; à ce niveau et plus bas, du gargouillement dans une grande étendue; dans toute l'étendue du poumon des râles sous-crépitants assez gros, abondants surtout en arrière. A gauche, les lésions sont un peu moins avancées, la respiration est à peu près normale à la base. Le cœur est absolument sain, les claquements valvulaires sont parfaitement nets aux deux temps.

Les membres supérieur et inférieur du côté gauche offrent une hémiplegie complète; soulevés, ils retombent inertes. Au membre supérieur, le biceps, légèrement contracturé, détermine une légère flexion de l'avant-bras, et, si on cherche à l'étendre, on produit une douleur qui, nulle à l'état de repos, acquiert aussitôt une grande intensité. Au membre inférieur, ces phénomènes sont encore plus accusés; la jambe est fléchie sur la cuisse, et celle-ci sur le bassin, les muscles de la région postérieure sont dans un état de contrac-

ture permanent; en avant, ils sont mous et flasques, la douleur se manifeste aussitôt qu'on cherche à produire l'extension. Les deux membres sont le siège d'une hyperesthésie très légère au bras, beaucoup plus marquée à la jambe; les mouvements réflexes sont sensiblement exagérés. La commissure labiale droite est portée en dehors, d'une manière très appréciable, quand on fait contracter les muscles de la face; la langue projetée en dehors de la bouche est entraînée à droite, le voile du palais ne présente pas de modification. La paupière supérieure gauche est légèrement abaissée; on remarque un léger strabisme interne de l'œil de ce côté, avec un rétrécissement pupillaire très prononcé.

La température vaginale est de 40°,4, dans l'aisselle droite de 39°,6, dans l'aisselle gauche de 40°,1.

25 mai. L'état général est à peu près le même, la contracture des membres du côté gauche paraît un peu moindre, la paralysie faciale a surtout beaucoup diminué, les phénomènes oculaires persistent à peu près seuls. La nuit, il y a eu du délire, violent à un moment; on constate encore de l'incohérence dans les réponses, une hébétude très prononcée. La malade se plaint d'une céphalalgie intense. Les températures sont : vaginale 40°,6, aisselle droite 39°,9, aisselle gauche 40°,2; le pouls bat 126.

26 mai. Au délire de la nuit a succédé une somnolence dont il est difficile de tirer la malade; elle ne prononce plus que des paroles incohérentes à peine distinctes. La contracture des membres a presque entièrement disparu, de même que la paralysie faciale; le strabisme de l'œil droit persiste. La température est la même.

28 mai. La malade meurt dans le coma, la température n'a présenté aucune oscillation; la contracture avait à peu près entièrement disparu.

AUTOPSIE. Les poumons sont le siège d'une congestion très prononcée en arrière, où s'écoule à la coupe une sérosité rougeâtre; le lobe supérieur droit est creusé de deux cavités anfractueuses, du volume une noix d'environ, à parois peu indurées; quelques masses caséeuses sont disséminées dans le reste du lobe qui ne contient presque plus de tissu sain. Masses indurées éparses dans le lobe moyen; le lobe inférieur est sain. A la périphérie, adhérences pleurales considérables au sommet. Le poumon gauche offre une infiltration presque totale de tubercules à divers degrés de développement; au sommet, deux ou trois masses caséeuses de la grosseur d'une noisette, peu d'excavations.

Le cœur présente un volume normal sans adhérences du

péricarde, le tissu musculaire paraît pâle à la coupe. Les cavités droites sont remplies de caillots cruoriques très albumineux ; l'endocarde est sain, les valvules absolument normales; il en est de même du cœur gauche. Les vaisseaux pulmonaires ne présentent au voisinage du cœur aucune modification pathologique. L'aorte et les gros vaisseaux n'offrent nulle part trace d'athérome ni d'altération d'aucune sorte.

Les enveloppes du cerveau sont normales; la pie-mère ne présente de tubercules en aucun point; on remarque seulement un peu de vascularisation de cette membrane, plus marquée à droite. Les troncs artériels de la base de l'encéphale paraissent sains; mais, en suivant l'artère sylvienne droite et en écartant le lobe sphénoïdal, on voit à trois centimètres environ de son origine, au delà par conséquent de l'origine des artères centrales, le tronc artériel rempli et distendu par un coagulum qui s'étend dans la deuxième et troisième branche émergeante. La première branche est restée perméable, le coagulum n'oblitérant le tronc principal qu'à quelques millimètres au delà.

L'hémisphère gauche est normal, le droit présente un ramollissement de tout le lobule de l'insula, de la moitié inférieure des circonvolutions pariétale et frontale ascendantes; la troisième circonvolution, le pli courbe et la partie supérieure des deux circonvolutions pariétale et frontale ne présentent pas d'altération. Quant aux parties ramollies, elles paraissent à la vue affaissées, au toucher leur consistance est molle et comme diffluente. A la coupe, les deux substances grise et blanche sont mal délimitées, l'aspect en est blanc jaunâtre. Le ramollissement du lobule de l'insula est limité en dedans par la capsule externe qui n'est pas altérée, non plus que les noyaux centraux.

M. HANOT insiste sur l'intérêt qu'il y a ici à connaître l'état de l'artère. M. Cornil a décrit récemment des lésions des parois artérielles dans le tubercule aigu.

16. Athérome ancien des artères des membres avec intégrité presque complète de l'aorte et des gros troncs; par L. GALLIARD, interne des hôpitaux.

Tous les auteurs qui se sont occupés des maladies du système artériel s'accordent à reconnaître que les lésions athéromateuses, que les dépôts calcaires sont plus fréquents dans l'aorte et dans les troncs de premier ordre que dans

les branches secondaires. A mesure qu'on se rapproche des extrémités, on voit ces lésions diminuer et l'infiltration graisseuse prendre leur place.

Le cas que nous rapportons ici est une exception manifeste à cette règle : tandis que l'aorte présente à peine quelques plaques d'infiltration graisseuse, certaines artères des membres offrent, au contraire, des lésions athéromateuses très anciennes et très avancées. M. Hayem a jugé qu'il y avait là une relation directe entre cette localisation de l'athérome et l'exercice d'une profession qui, comme celle de notre sujet, nécessite une activité fonctionnelle considérable des membres.

Basile Rouget, âgé de 52 ans, jardinier, entre le 11 juin 1880 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Louis, n° 2, au service de M. Hayem.

Il a eu des bronchites fréquentes et même une pneumonie à droite; il porte, de ce côté, des cicatrices dues à l'application de ventouses scarifiées. Il prétend faire peu d'excès alcooliques. Son aspect n'est pas celui d'un homme vigoureux.

Huit jours avant l'entrée à l'hôpital, il a éprouvé de la courbature, du malaise et s'est mis au lit. Bientôt, il avait du frisson, un point de côté à droite, de la toux, un peu de dyspnée. Il dit n'avoir pas beaucoup craché. Tous les renseignements qu'il donne sont très nets, il se souvient des différentes phases de sa maladie qui paraît être à son déclin, il n'a pas de délire et parle de reprendre bientôt son travail. Pouls 96. T. 39°. La langue est sèche.

En examinant le thorax, nous trouvons de la sonorité partout, sauf à la base droite en avant et en arrière; il y a aussi de la matité dans l'aisselle du même côté. L'auscultation donne les résultats suivants : aux deux sommets, râles sibilants et soufflants; à droite, en arrière, râles sous crépitants; mêmes râles dans l'aisselle avec un peu de souffle, mais pas de souffle tubaire net, ni de bronchophonie. Les crachats n'ont rien de ceux de la pneumonie franche; ils sont muqueux, aérés, quelques-uns pelotonnés; l'haleine n'a pas d'odeur spéciale, quoique la respiration bruyante rende difficile l'examen du cœur, il nous semble entendre un souffle au premier temps, au foyer aortique. Les artères radiales, surtout la gauche, sont tellement athéromateuses qu'il est difficile d'y constater les pulsations et cette constatation s'accorde bien, dans notre esprit, avec celle d'une lé-

sion de l'orifice aortique. Du reste, pas d'autre signe d'affection cardiaque, pas d'œdème des membres inférieurs.

En résumé, les symptômes pulmonaires et l'état général ne nous autorisent pas à admettre une pneumonie et nous posons le diagnostic suivant : bronchite chronique avec congestion pulmonaire de la base droite.

12 juin. Les signes sont à peu près les mêmes que la veille. Le malade prétend se trouver mieux, mais il accuse encore un point de côté violent et il tousse beaucoup; on constate du bruit skodiques sous la clavicule droite, toujours des râles à la base droite avec quelques frottements; les vibrations thoraciques sont conservées. P. 76. — Traitement : Kermès, 0,30 gr.; julep diacode, 30 gr. Tisane de lichen, ventouses sèches au côté droit. — Le soir, même état, pas d'aggravation apparente.

13 juin. La nuit n'a pas été mauvaise. Ce matin, la langue est plus sèche. Un peu d'affaiblissement. Toux toujours fréquente. Crachats peu abondants, sans caractères; gros râles à la base droite, pas de souffle. Dans l'après-midi, le malade est pris assez brusquement de dyspnée intense, le pouls est plus rapide; la respiration devient stertoreuse, les extrémités se refroidissent, la mort arrive à six heures du soir.

AUTOPSIE. — Nous trouvons : à gauche, de l'emphysème, surtout en haut, au bord antérieur; de la congestion à la base. A droite, la plèvre contient un peu de sérosité et quelques fausses membranes; elle est épaissie au niveau du lobe inférieur qui adhère intimement au lobe moyen. Les lobes supérieur et moyen sont un peu emphysémateux. Le lobe inférieur est le siège d'une pneumonie à la période d'hépatisation grise. Son tissu est mou, se laisse pénétrer par le doigt, il s'en écoule du pus.

L'estomac n'offre pas de lésion appréciable; le foie et les reins sont un peu gras, mais sans présenter de lésions dues nettement à l'alcoolisme.

Système circulatoire. C'est ici que réside tout l'intérêt de notre observation. Le péricarde contient une fort petite quantité de sérosité. Au bord externe du ventricule droit existe une plaque laiteuse, un peu saillante, probablement récente, à bords sinueux. Une autre plaque occupe la face postérieure de l'oreillette droite et s'entoure de grains blanchâtres.

Le cœur droit ne présente aucune altération des valvules artérielles, ni de la valvule tricuspide. La même intégrité s'observe au cœur gauche. L'orifice aortique est parfaitement suffisant; les valvules ont leur structure, leur épais-

seur normale. La valvule mitrale est également saine, sans nodule athéromateux.

L'aorte ne porte, sur tout son parcours, que des lésions très peu étendues; à son origine et plus loin, dans la portion thoracique, se voient quelques points isolés d'infiltration graisseuse faisant une saillie légère à la surface interne du vaisseau; on ne trouve qu'une seule petite plaque athéromateuse, un peu dure et résistante, à la portion descendante et grosse. Elle est constituée par une bande transversale très étroite, longue de 1 centimètre seulement.

Les artères qui naissent directement de l'aorte, le tronc brachio-céphalique, les iliaques primitives sont absolument saines. Il n'en est pas de même des artères des membres. Aux membres inférieurs, les fémorales offrent peu de chose à noter, mais les poplitées sont le siège de lésions très avancées; elles forment des cylindres résistants et durs; sur une section longitudinale, leur face interne se montre rugueuse, inégale, semée de nombreuses dépressions qu'interrompent des saillies irrégulières contenant souvent des noyaux calcaires. Les artères tibiales sont saines.

Aux membres supérieurs, ce sont les radiales qui présentent les lésions les plus remarquables; elles sont rigides, leur aspect rappelle celui des poplitées; on y voit des foyers athéromateux nombreux ayant détruit la tunique interne. On y voit aussi des noyaux calcaires. Au cerveau, lésions peu marquées et isolées de l'hexagone de Willis.

Examen histologique. Dans l'aorte, au niveau des plaques graisseuses, on trouve sur les coupes des amas de granulations grasses soulevant la tunique interne ou libre, du côté de la lumière du vaisseau. La matière grasse, au voisinage des amas, forme des trainées qui dissocient les faisceaux de la tunique moyenne. Ici, l'épithélium de la tunique interne n'a proliféré que dans une faible mesure.

Les artères des membres donnent les résultats suivants: amas de cristaux jaunâtres plus ou moins volumineux développés entre les tuniques interne et moyenne, détruisant la lame élastique de cette dernière, et, çà et là, se faisant jour du côté de la lumière du vaisseau par destruction de la tunique interne. A leur niveau, celle-ci présente, sur certains points, un épaississement considérable avec une grande quantité de cellules jeunes, lésions caractérisant l'endartérite qui a présenté sur ces artères une grande activité, tandis qu'elle était à peu près nulle à l'aorte.

17. M. ROBERT montre un cas de persistance du trou de

Botal, chez une femme de 21 ans, qui succomba à la phtisie pulmonaire.

18. M. BROUSSIN montre un œil enlevé en même temps qu'un *épithélioma récidivé* de la paupière, et ayant gagné la conjonctive bulbaire.

Le Secrétaire,

M. LETULLE

JUILLET

Séance du 2 juillet 1880.

PRÉSIDENTE DE M. CHARCOT.

1. M. VERNEUIL montre le foie d'un individu ayant succombé à une *colique hépatique*, au bout de 3 jours. Un calcul volumineux oblitère le canal cholédoque.

M. CHARCOT. C'est un calcul solitaire provenant de la vésicule biliaire. Il est composé de cristaux de cholestérine.

2. M. VERNEUIL montre également un foie atteint d'*hépatite chronique*. Le malade succomba à une péricardite.

3. M. MAYOR expose les résultats de ses recherches sur le *pancréas des femmes en couches*. Il a constaté 2 sortes de lésions : 1° au centre des acini, des blocs analogues à ceux décrits par Cornil dans la néphrite chronique; 2° dans la plupart des acini, les cellules sont envahies par des granulations graisseuses plus ou moins abondantes. Hoffmann a décrit, dans la fièvre typhoïde, des lésions du foie absolument analogues.

M. RENDU rappelle que, dans la grossesse, il y a accumulation de graisse dans tous les organes. Cette graisse paraît physiologique, nécessaire pour l'allaitement. Il s'agirait donc de savoir si ce sont des lésions pathologiques du pancréas.

M. LANDOUZY. Des expériences sur les animaux femelles seraient nécessaires; elles permettraient d'établir la nature pathologique ou, au contraire, physiologique de cette stéatose viscérale.

Séance du 9 juillet 1880.

PRÉSIDENTE DE M. RENDU.

M. RENDU annonce à la Société la mort de M. le professeur BROCA.

La séance est levée en signe de deuil.

Séance du 16 juillet 1880.

PRÉSIDENTE DE M. HOUEL.

4. Migration tardive du testicule; — Carcinome; — Castration; par le Dr MARLIER, de Sains (Nord).

P. P. Homère, âgé de 38 ans, solide, vigoureux, cultivateur, mène une vie très active. N'a jamais été malade, n'a jamais toussé. Aucun antécédent n'est à noter ni pour lui, ni pour sa famille.

Son testicule droit est resté à l'anneau jusqu'à l'âge de 16 ans; il descend alors dans les bourses, mais est toujours beaucoup plus petit que l'autre. A l'âge de 36 ans, ce testicule droit, sans coup, sans froissement, commence à grossir sans être douloureux, il devient dur, pesant et atteint petit à petit le volume qu'il a actuellement. Le cordon reste normal, ne grossit pas jusqu'au 28 mars 1880. A cette époque, P. P. fait un effort et commence à souffrir dans le testicule, le cordon grossit considérablement en peu de temps, devient douloureux à son tour, spontanément et surtout à la suite d'examens. Ne peut plus se coucher que sur le dos. Je le vois la première fois le 28 mai 1880.

Etat actuel. Le testicule gauche est sain. A droite, la peau est quelquefois irritée par des applications iodées faites précédemment et qui, avec l'iodure de potassium, administré en même temps, n'ont eu aucun résultat. La

peau est mobile partout, pas de veines dans le tissu sous-cutané, aucune adhérence n'existe nulle part.

Le testicule est remplacé par une tumeur ovoïde, à peu près du volume d'une orange, d'une consistance ferme mais non uniforme. En avant, se trouve une partie plus molle, presque fluctuante, constituant à peu près le tiers de la tumeur et faisant suite sans interruption avec la partie postérieure plus dure. Il n'existe de bosselure ni en avant ni en arrière et la tumeur absolument lisse est mobile sous la peau. On ne trouve pas de transparence.

Le cordon est très gros, forme un relief énorme sous la peau et peut se sentir jusqu'à un point qui correspond à l'orifice interne du canal inguinal, il se laisse déprimer et paraît fluctuant. Il se continue avec la partie postérieure de la tumeur testiculaire, dont il est séparé par un sillon prononcé. Cet endroit est très douloureux; si on cherche de la fluctuation entre le cordon et la portion du testicule plus molle dont nous avons parlé tout à l'heure, on la constate facilement; le liquide du cordon ne se réduit pas non plus dans le ventre.

Pas de tumeur ganglionnaire ni dans l'aîne ni dans l'abdomen. A aucun endroit de la tumeur, le malade n'accuse la sensation testiculaire.

Le toucher rectal ne nous donne aucun renseignement. La prostate est normale. Le malade souffre, avons-nous dit, beaucoup dans le testicule et dans le cordon, et surtout de la bride qui les sépare en deux. Ces douleurs irradient dans le ventre. Les désirs sexuels sont conservés. P. P. a eu deux enfants. Miction facile, n'a jamais uriné de sang. Santé générale bonne. L'auscultation donne un résultat négatif.

Le diagnostic ne laissait pas que d'être difficile. Nous pouvions éliminer d'emblée le sarcocèle syphilitique. L'hématocèle vaginale ne nous arrêta qu'un moment, à cause de la fluctuation. Le testicule était trop dur, la marche n'était pas celle de l'hématocèle. Cependant, en raison de cette fluctuation, M. le docteur Fourdrignier et moi, nous fîmes une ponction avec le trocart à hydrocèle et nous vîmes sortir de la canule du sang noir, poisseux, deux cuillerées à soupe, dont la sortie ne fit pas diminuer le testicule. Le cordon seul diminua mais il avait repris son volume le lendemain. Restaient donc le sarcocèle cancéreux et le testicule tuberculeux, entre lesquels se restreignait notre exclusion. En faveur du sarcocèle cancéreux, nous avions comme arguments la non-adhérence de la peau, les douleurs à la pression, les douleurs irradiées du cordon et du ventre.

Mon confrère et ami le Dr Fourdrignier (d'Étreungt) et moi nous résolûmes donc d'enlever le testicule, le 7 juin, avec le bistouri. Le testicule et le cordon sont mis facilement à nu, le cordon jusque près de l'anneau inguinal interne. Alors, avec le bistouri, nous faisons une ouverture au cordon, et il en sort un liquide clair citrin semblable à celui de l'hydrocèle. Le doigt introduit par la boutonnière pénètre jusqu'à l'anneau inguinal interne où le kyste se termine par un cul-de-sac.

A part ce kyste, le cordon est sain, nous faisons la ligature en masse puis celle des éléments vasculaires du cordon, et nous fixons le bout supérieur à l'angle supérieur de l'incision. Les suites sont simples, le malade se lève et est presque guéri le 19 juin.

Aspect extérieur. Le testicule forme une masse piriforme dont la dureté est plus prononcée en arrière qu'en avant. L'organe contenu encore dans la tunique albuginée a contracté des adhérences légères avec la tunique vaginale; fendu, il a un aspect blanc jaunâtre, offre des masses jaunâtres, caséiformes. Le cordon est sain.

RÉFLEXIONS. L'intérêt de cette observation est qu'il y avait : 1° Une tumeur du testicule; 2° une hématocele enkystée; 3° un kyste du cordon, remontant jusqu'à l'anneau inguinal et ne communiquant pas avec la vaginale, le tout sur un testicule ectopié jusqu'à l'âge de 16 ans.

L'examen histologique, pratiqué par M. Remy, chef du laboratoire de la Charité, a montré que la tumeur était formée par du carcinome.

M. TERRILLON rappelle que, dans un travail fait en commun avec M. Monod, il a montré : 1° que l'ectopie du testicule le prédispose aux néoplasmes; 2° que l'opération est beaucoup moins grave qu'on ne le croyait jadis; elle est facile grâce à la rareté de la communication de la vaginale avec le péritoine; elle n'est passsouvent suivie d'accidents.

M. HOUEL croit que la descente incomplète du testicule est fréquente. Souvent une hernie inguinale se développe à la suite.

5. Epididymite expérimentale sur le chien. Résultat de l'examen histologique. Comparaison avec les lésions trouvées chez l'homme; par le Dr TERRILLON, chirurgien des hôpitaux.

J'ai eu l'honneur de présenter à la Société anatomique (séance du 9 avril) des pièces anatomiques provenant de

chiens sur lesquels j'avais injecté des solutions de nitrate d'argent dans le canal déférent pour produire une inflammation de ce canal et de l'épididyme. Je viens actuellement compléter cette communication par l'examen micrographique qui a été pratiqué par M. le D^r Malassez. Je ferai voir ensuite quel est le rapport qui existe entre les lésions ainsi produites et celles trouvées chez l'homme, dans les rares autopsies faites dans le cours d'une épididymite blennorrhagique.

Ces lésions ont été étudiées à des périodes différentes, tantôt au début de l'inflammation, alors qu'elle était encore très aiguë, tantôt à une période plus avancée, vers le deuxième mois, alors que les phénomènes inflammatoires étaient de beaucoup diminués.

Au début, du côté du canal déférent, on trouve, au centre du conduit, du liquide muco-purulent jaunâtre contenant des globules de pus, de gros globules granuleux, et pendant quelques jours encore quelques spermatozoïdes vivants. La muqueuse est desquamée, en voie de prolifération; elle est infiltrée de cellules lymphoïdes; selon l'intensité de l'inflammation, on trouve des altérations plus ou moins accentuées des parois du canal et du tissu cellulaire du cordon, qui consistent en une infiltration de cellules jaunes avec dilatation des vaisseaux, surtout des lymphatiques, et œdème considérable.

Dans la queue de l'épididyme, dilatation des canaux, muco-pus dans leur cavité; altération de l'épithélium qui varie depuis la perte des cils vibratiles jusqu'à la transformation des cellules cylindriques en cellules cubiques plus ou moins aplaties. Dans quelques cas plus intenses, les parois des canaux sont infiltrées de cellules jaunes; cette infiltration peut gagner également le tissu intercanaliculaire.

Dans tous les cas, on constate la formation d'une cavité qui simule à l'œil nu un abcès de la grosseur d'un pois ou d'une noisette, remplie de liquide muco-purulent, et qui est formée manifestement par un tube dilaté, car on retrouve à sa surface interne un épithélium aplati.

Ces altérations vont en diminuant dans le corps de l'épididyme pour disparaître presque complètement au niveau de la tête. Le testicule est sain ou seulement plus vasculaire.

A une période plus avancée, qui correspond au déclin de l'inflammation, on voit que le canal déférent s'oblitére, dans quelques cas, par la formation de tissus fibreux aux dépens de la muqueuse. Dans la queue de l'épididyme, un certain

nombre de canaux s'oblitérent; les autres restent dilatés et les cavités produites par la dilatation exagérée persistent.

Si on compare ces lésions à celles qui ont été trouvées chez l'homme par Gaussail, Marsé, Peter, Castelnau et Schepelern, etc., on trouve signalées des lésions absolument identiques qui sont dues à un catarrhe purulent du canal déférent localisé dans la queue de l'épididyme, avec formation de cavités kystiques prises ordinairement pour des abcès. Chez l'homme, on a trouvé le canal déférent et les vésicules séminales altérées dans toute leur étendue, contenant du muco-pus, avec globules granuleux, et, en même temps, une inflammation avec rougeur de l'orifice des canaux éjaculateurs et de la partie voisine de l'urèthre.

Tous ces faits prouvent donc bien qu'on a affaire ici à un catarrhe purulent, propagé de l'urèthre au canal déférent et à l'épididyme.

Mais, un fait intéressant et sur lequel j'insiste spécialement, c'est la disproportion qui existe entre les altérations de ces organes et le gonflement considérable dont ils paraissent être le siège lorsqu'on examine les parties sur le vivant. Ce phénomène tient à l'inflammation du tissu cellulaire périphérique aux organes, lequel étant bridé par la tunique fibreuse commune, donne cette sensation particulière bien connue : gonflement considérable au niveau de l'épididyme simulant le cimier d'un casque coiffant le testicule et remontant sous forme d'un cordon volumineux jusque dans le canal inguinal et sous l'abdomen. La tunique vaginale contenant du liquide et des fausses membranes simule une augmentation du testicule qui n'existe jamais.

6. Des rapports qui existent entre la longueur et la direction des ramifications bronchiques d'une part, et la localisation des foyers de broncho-pneumonie d'autre part ; par JOFFROY, médecin des hôpitaux.

M. Joffroy met sous les yeux des membres de la Société le poumon droit d'un malade, mort au dixième jour d'une variole cohérente, et ayant présenté pendant toute la durée de sa maladie un délire violent, imputable à l'alcoolisme.

Dans ce poumon, il existe à la partie postérieure, supérieure et interne du lobe inférieur, un foyer de spléno-pneumonie irrégulièrement arrondi et dont les dimensions se rapprochent de celles d'une orange. Les parties spléno-pneumonisées ne sont pas notablement indurées, mais, jetées dans l'eau, elles gagnent rapidement le fond.

La base du lobe qui renferme ce foyer de broncho-pneumonie présente un certain degré de congestion, les lobes moyen et supérieur sont à peu près complètement sains. Dans le poumon gauche, on ne trouve pas de broncho-pneumonie, mais il existe une congestion assez prononcée siégeant dans la partie supérieure du lobe inférieur, c'est-à-dire dans la région symétrique au foyer de spléno-pneumonie du côté droit.

Les bronches sont très congestionnées, la muqueuse présente partout une teinte rouge vineuse, et, dans les bronches qui répondent aux régions envahies par la spléno-pneumonie, cette teinte plus accentuée est d'un rouge violacé.

En résumé, chez ce malade, il existait, au moment de la mort, une broncho-pneumonie uni-latérale, siégeant à droite, au voisinage du hile du poumon.

Le fait de l'unilatéralité de la broncho-pneumonie mérite d'être relevé. Les médecins des enfants qui ont plus particulièrement étudié cette maladie, sont tous unanimes sur la latéralité habituelle des foyers de broncho-pneumonie. Cependant, le cas actuel n'est pas isolé, et, plusieurs fois déjà, chez des malades ayant, comme le précédent, succombés à la variole, M. Joffroy a observé l'unilatéralité de la broncho-pneumonie. Cela tient à ce que ces sujets ne meurent pas uniquement de broncho-pneumonie, mais meurent dans le cours, ou même au début d'une broncho-pneumonie, emportés par l'ensemble des accidents d'une variole grave. La variole, en amenant ainsi la mort, permet de surprendre l'inflammation broncho-pulmonaire aux phases primitives de son évolution, et c'est évidemment à cette cause que l'on doit attribuer l'existence de noyaux inflammatoires dans un seul poumon.

Dans la plupart de ces cas, c'est dans le poumon droit que siégeait la lésion, une seule fois, la broncho-pneumonie uni-latérale siégeait à gauche. Il serait sans doute prématuré de chercher l'explication de cette prédilection de la lésion pour le côté droit, mais, M. Joffroy croit qu'il n'en est plus de même de la localisation du premier foyer de pneumonie au voisinage du hile du poumon, et pense que l'étude de la distribution des rameaux de l'arbre bronchique permet de saisir facilement la cause de cette localisation habituelle.

Les bronches sont, en effet, enflammées dans la variole, et la broncho-pneumonie n'est que la propagation de l'inflammation des bronches de calibre aux bronches capillaires, et, par l'intermédiaire de celles-ci, au parenchyme

pulmonaire lui-même. M. Joffroy a particulièrement insisté sur ce point dans sa thèse d'agrégation (1). Mais, cette propagation de l'inflammation ne se fait pas indifféremment dans tous les sens, et les parties déclives du poumon sont les plus fréquemment atteintes. La pesanteur paraît donc ici jouer un rôle important, et c'est à elle qu'il faut attribuer l'immunité relative des parties antérieures des poumons, qui sont supérieures lorsque le malade est dans le décubitus horizontal.

Mais, pourquoi, parmi les lobules des régions postérieures du poumon, l'inflammation choisit-elle ceux qui avoisinent le hile ?

Cela tiendrait, d'après les considérations anatomiques invoquées par le présentateur, à la brièveté plus grande des ramifications bronchiques qui se distribuent à ces lobules ; de sorte que, l'inflammation qui s'étend de proche en proche des grosses bronches aux moyennes, puis aux petites et ainsi jusqu'au tissu même du lobule, n'aurait qu'un chemin très court à parcourir pour arriver aux lobules qui avoisinent le hile du poumon.

Quoi qu'il en soit de cette explication, il résulte des faits exposés par M. Joffroy : 1° que, dans la variole, on rencontre assez fréquemment à l'autopsie des noyaux de broncho-pneumonie dans un seul poumon ; 2° que cette broncho-pneumonie (qui affecte surtout la forme de la spléno-pneumonie) siège habituellement au voisinage du hile du poumon et plus particulièrement à la partie supérieure, postérieure et interne du lobe inférieur, ou dans le lobe moyen ; parfois, en même temps, dans la partie inférieure du lobe supérieur ; 3° que c'est surtout du côté droit que se développe cette broncho-pneumonie (5 fois sur 6 cas de broncho-pneumonie uni-latérale).

Il est inutile d'insister sur les conclusions pratiques qui se posent d'elles-mêmes, relativement à l'examen des poumons chez les malades atteints soit de variole, soit d'une bronchite d'une autre nature pouvant se compliquer de broncho-pneumonie, la région avoisinante du hile devra être, dans ce cas, explorée avec une attention particulière.

(1) Joffroy. — *Des différentes formes de la broncho-pneumonie.*
— Thèse d'agrégation, 1880.

7. Atrophie partielle de l'hémisphère cérébral gauche. — Hémiplegie droite. — Idiotie, épilepsie jacksonienne à forme hémiplegique. — Mort en état de mal ; par H. d'OLIER, interne des hôpitaux.

Pass... Charles a été amené à l'Infirmerie des idiots de Bicêtre, en 1871 (Service de M. BOURNEVILLE, alors dirigé par M. Falret). Cet enfant avait alors 6 ans.

Antécédents. Le père et la mère, tous deux bien portants, n'ont jamais présenté aucun accident nerveux ni fait d'excès de boisson. — Pas de consanguinité. Une cousine de l'enfant, du côté du père, est morte épileptique. Interrogée sur la marche de sa grossesse, la mère raconte qu'elle n'a subi à cette époque aucun traumatisme et qu'il ne lui est arrivé aucun accident, sauf une frayeur qu'elle eut au sixième mois parce que le feu avait failli prendre chez elle ; elle n'y a d'ailleurs attaché d'importance qu'après la naissance de l'enfant, en recherchant les causes de sa maladie. L'accouchement a eu lieu à terme et sans difficulté ; l'enfant paraissait fort, mais on aurait remarqué dès le moment même de la naissance que le bras droit était cyanosé. Dix mois plus tard, l'enfant aurait présenté ses premières attaques de *convulsions*, elles auraient été très légères ; cependant, on aurait observé bientôt que l'enfant remuait moins bien le bras droit que le gauche. Une seconde attaque survint quatre mois plus tard.

A 2 ans, l'enfant marchait seul en traînant la jambe droite. Il prononçait quelques mots « papa, maman, promener » il comptait jusqu'à 20. Il est toujours resté gâteux ; cependant on assure qu'il demandait quelquefois le vase. C'est à cette époque qu'auraient débuté les *vertiges* qui augmentèrent rapidement de fréquence. A 4 ans, ils étaient très intenses : ils se produisaient tout à coup, sans aucun signe précurseur, et duraient plusieurs secondes. D'autres fois, l'enfant présentait des accidents nerveux singuliers : la physionomie s'altérait, il poussait des cris, trépignait et brisait tout ce qu'il avait sous la main. Cet état se prolongea une fois pendant une nuit entière. Le caractère de l'enfant était d'ailleurs devenu de plus en plus irascible et méchant ; il criait presque continuellement.

Les *accès épileptiques*, nettement caractérisés, auraient débuté quelque temps après son arrivée à Bicêtre où il fut placé à l'âge de 6 ans.

Depuis cette époque, l'intelligence a baissé de plus en plus, le peu qu'il savait a disparu. Au mois de mai 1880, l'état de l'enfant était le suivant.

Etat mental. L'intelligence est presque nulle, P. ne reconnaît ni son père, ni sa mère; aucune parole. Il fredonne de temps en temps. Fréquemment, il a des accès de colère, avec cris violents.

Etat des sens. Rien de particulier. Pas de strabisme.

Etat des membres. Hémiplegie droite incomplète; l'enfant ne peut marcher que soutenu et traîne la jambe. Pied bot varus équin à droite.

Le malade reste habituellement assis dans un fauteuil où il exécute quelquefois une sorte de balancement rythmique. Le bras droit est ordinairement collé au tronc, l'avant-bras demi fléchi, la main pendante à angle droit. Poignet flasque ainsi que les doigts. L'épaule présente une raideur qu'on a peine à vaincre lorsqu'on veut écarter le bras. La jambe droite est étendue sans rigidité et cyanosée dans sa partie inférieure.

Les membres du côté gauche sont un peu plus volumineux et plus longs (d'un centimètre environ) que ceux du côté paralysé.

Appareil digestif. L'appétit est bon. Pas de bave, de vomissements, ni de salacité. Le malade est grand gâteux.

Les accès épileptiques reviennent deux et trois fois par jour. Leur chiffre mensuel a oscillé depuis le commencement de l'année entre 85 (mars) et 99 (janvier). Ces accès généralement très courts et diurnes sont caractérisés par des convulsions survenant sans cri initial et exclusivement limités au côté paralysé (côté droit). Dans la plupart des accès, les convulsions, qui débutent toujours par le membre supérieur, s'étendent au membre inférieur, mais il est rare d'observer une série d'accès sans en voir plusieurs où les mouvements convulsifs restent limités au bras seul. Durant l'accès, les paupières à demi fermées sont animées d'un mouvement de clignement rapide et peu étendu. Ce mouvement ne paraît pas prédominer spécialement d'un côté.

En même temps que les convulsions d'abord toniques, puis cloniques, se produisent, on observe du côté gauche, principalement dans le membre supérieur, des secousses plus ou moins violentes et espacées de plusieurs secondes. Les secousses paraissent avoir été absolument distinguées des secousses du début de la phase clonique de l'épilepsie: outre que le membre où elles se produisent n'a présenté aucune raideur, elles sont faibles, peu étendues, séparées par des intervalles de plusieurs secondes et ne sont pas suivies de convulsions cloniques proprement dites. Nous n'avons pu savoir si Pass.... avait présenté de ces se-

cousses en dehors des accès, mais il existe dans le même service un certain nombre de malades qui sont dans ce dernier cas. Nous ne faisons que signaler en passant ce point sur lequel l'attention n'a pas été suffisamment attirée jusqu'ici.

Pendant toute la durée du mois de juin, Pass... fut soumis à des inhalations quotidiennes de *bromure d'éthyle* poussées jusqu'à l'anesthésie dans le but de modifier la marche des accès épileptiques. Cette médication parut avoir sur lui une influence marquée: il y eut en juin 36 accès de moins que dans le mois précédent, et 39 de moins que dans le mois de juin 1879. Plusieurs fois des accès d'épilepsie, survenus au moment des visites, avortèrent grâce à l'emploi immédiat du bromure d'éthyle; d'autres fois aussi, l'enfant fut pris d'accès dans le cours même d'une inhalation, mais presque toujours ces accès restèrent limités à la période tonique.

Il y avait, en somme, une amélioration notable de l'état général, lorsque l'enfant fut pris, le 5 juillet au soir, d'une série d'accès de plus en plus rapprochés. Le 6 au matin, les accès continuaient, les convulsions tétaniformes et cloniques étant toujours limitées au côté droit. On observait fréquemment dans le membre supérieur gauche des secousses durant lesquelles l'enfant soulevait brusquement la main en écartant les doigts. P. 126; T. R. 39°,4. Les yeux étaient ternes, les dents fuligineuses, le facies décomposé: la mort paraissait imminente. Des applications de sinapismes aux cuisses et de ventouses sèches sur la poitrine parurent faire sortir un instant le malade de sa torpeur.

Dans le courant de la journée un seul accès se produisit avec convulsions du côté droit; à gauche, les secousses, assez faibles, étaient devenues presque continuelles. A minuit, la température atteignit 39°,8. L'enfant succomba dans la nuit. Température immédiatement après la mort: 41°,9.

AUTOPSIE. — *Crâne* épais. La base du crâne est fortement asymétrique; tous ses étages sont manifestement plus larges du côté droit. Au niveau de l'étage supérieur, la saillie de la voûte orbitaire est plus marquée à gauche. Au niveau de l'étage moyen, on trouve du côté gauche une saillie osseuse de la grosseur d'une noisette et dépendant de la face interne de l'écaille du temporal. Les fosses cérébelleuses paraissent de dimensions égales. Pas de rétrécissement notable du trou occipital. La moitié droite de la voûte crânienne est beaucoup plus développée que la gauche et la suture sagittale ne se trouve plus sur la ligne médiane.

Cerveau. Poids total: 650 gr. (Hémisphère droit, 415 gr.

Hémisphère gauche, 235 gr.) Ce dernier hémisphère est beaucoup plus petit que l'autre. Il présente une longueur de 13 centimètres, tandis qu'on trouve, pour le droit, 16 cent, 5.

Sur la face inférieure de l'encéphale, la pie-mère est injectée. On observe également des plaques ecchymotiques sur la face convexe des lobes frontaux, sur les lobes occipitaux et sur le bord postérieur du cervelet.

Le lobe frontal gauche est situé en arrière de son congénère d'environ un demi-centimètre, mais c'est surtout en arrière que la différence de longueur devient évidente.

La décortication des hémisphères est très difficile; on doit même y renoncer, car on arrache en même temps l'écorce grise sous-jacente. Sur l'hémisphère gauche, les circonvolutions frontales sont moins longues qu'à droite et offrent des inflexions et des plis de passage assez irréguliers. La deuxième circonvolution est très large et présente en partie vers son extrémité antérieure son dédoublement habituel. La troisième circonvolution présente une disposition anormale: elle est très raccourcie et son cap se trouve confondu avec le pied de la frontale ascendante qui est elle-même assez volumineuse, mais paraît parfaitement saine. Le groupe des circonvolutions frontales, ainsi constitué, persiste seul sur la face convexe de cet hémisphère. Le sillon de Rolando ne présente ainsi qu'un seul bord, l'antérieur; en arrière, l'arachnoïde et la pie-mère se portent sur toute l'étendue du lobe sphéno-occipital à la manière d'un voile rosé épais d'un peu plus d'un millimètre et paraît sillonné de vaisseaux nombreux. Sur les confins des lobes occipital et sphénoïdal, il existe un bourrelet volumineux formé par les circonvolutions déformées et ratatinées des bords de l'hémisphère. (Voir deux aquarelles dans l'*album de la Société*.) L'espace à peu près triangulaire limité par ce bourrelet est comblé par l'espèce de vélum formé par les méninges. Après l'ouverture du crâne et l'incision de la dure-mère, les membranes soulevées par le liquide céphalo-rachidien simulaient un kyste. Elles constituent en réalité une vaste poche qui communique largement avec la moitié postérieure du ventricule latéral. L'épendyme paraît être à ce niveau directement adossé à la pie-mère et la substance cérébrale a complètement disparu. Le doigt, introduit dans le ventricule, soulève le sac membraneux qui en forme la paroi externe.

Sur la face interne de cet hémisphère et sur l'hémisphère droit, les circonvolutions paraissent normales. Le volume des noyaux gris paraît un peu diminué du côté gauche.

Cervelet. Pas d'atrophie ni d'induration. Les hémisphères cérébelleux pèsent chacun 40 gr. — *Isthme.* La protubérance et le bulbe sont symétriques. Pas d'atrophie des nerfs. La moelle n'a pas été examinée.

Les *poumons* présentent une congestion intense et même un certain degré de splénisation de leur lobe inférieur. — *Rate* 140 gr., volumineuse. — *Foie*, 850 gr. sans congestion ni ecchymoses. — *Reins*, chacun 100 gr. — Le *cœur* ne présente rien de particulier.

RÉFLEXIONS.—I. Cette observation nous a paru offrir quelque intérêt, surtout au point de vue de la forme qu'ont affectée les symptômes de l'épilepsie considérés dans leurs rapports avec la lésion. On admet généralement que, dans les cas d'épilepsie partielle où il existe des lésions des centres moteurs, les phénomènes convulsifs débuent par les groupes musculaires correspondant à ces centres. (Grasset.) Dans le cas actuel où la perte de substance intéressait toute la région cérébrale, située en arrière du sillon de Rolando, les convulsions débutaient par le membre supérieur auquel elles restaient le plus souvent limitées. Or, le centre des mouvements de ce membre ne paraissait point lésé. Enfin, on a noté des mouvements du membre inférieur et des paupières alors que toute trace de substance cérébrale avait disparu au niveau des centres correspondants. L'intégrité du lobe paracentral pourrait expliquer, cependant, deux des phénomènes en question.

II. Au point de vue anatomique, l'observation précédente n'apporte rien de nouveau à l'histoire de l'atrophie cérébrale et se range à la suite des sept faits analogues rapportés par M. Cotard sous le titre « atrophie avec disparition complète de la substance nerveuse. » La lésion remonte selon toute probabilité à la vie intra-utérine. Quant à son origine, elle ne paraît pas, d'après les renseignements fournis par la mère, pouvoir être rapportée à une encéphalite traumatique ; on se trouve donc ramené aux hypothèses d'une hémorrhagie méningée ou d'une stéatose cérébrale (Parrot), due elle-même à une cause actuellement impossible à déterminer.

IV. Notons l'arrêt de développement des os du crâne à gauche et des circonvolutions de l'hémisphère cérébral correspondants, se traduisant par une différence de longueur et de poids.

V. Ainsi que l'a fait remarquer M. Bourneville, l'épilepsie hémiplogique peut donner lieu, dans les premiers temps, à un *état de mal* qui ne diffère pas notablement de l'état de mal qui complique l'épilepsie vulgaire. Rappelons aussi, avec notre maître, que les malades qui appartiennent à cette catégorie, ont une période difficile à passer, dans laquelle les accès sont fréquents et que, à mesure qu'ils avancent en âge, les accès s'éloignent de plus en plus et finissent par disparaître (1), de telle sorte que les malades quittent leur section pour passer dans les divisions de l'hospice, en raison de leur infirmité.

8. Emphysème sous-cutané généralisé chez un tuberculeux;
par M. ANDRÉ PETIT, interne des hôpitaux.

Le nommé Heppert (Jean), 31 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, n° 17, le 24 juin 1880.

Ses parents sont morts d'affections aiguës, n'offrant aucun intérêt au point de vue de l'hérédité; il a plusieurs frères et sœurs actuellement bien portants; un autre frère est mort de bronchite il y a quelques années.

Ce malade, qui avoue des habitudes alcooliques anciennes, avait une bonne santé et exerçait le métier pénible de porteur aux halles, lorsque, en septembre 1878, étant au service militaire comme réserviste, il fut pris à la suite d'un refroidissement de symptômes fébriles avec toux opiniâtre, douleurs dans le dos, surtout à droite, sueurs abondantes, diarrhée, amaigrissement; crachats blancs, jaunâtres, aérés, pas d'hémoptysie. Il ne consulta un médecin qu'au mois d'août 1879; on lui prescrivit un vésicatoire au sommet droit du thorax et de l'huile de foie de morue. Les mêmes symptômes persistant toujours, il entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le D^r HÉRARD, au mois de septembre 1879. Les crachats muco-purulents, nummulaires, la toux, qui souvent déterminait le vomissement, les sueurs nocturnes, l'amaigrissement considérable, la perte des forces, les alternatives de diarrhée et de constipation, ne laissèrent aucun doute sur le diagnostic de tuberculose pulmonaire, confirmée d'ailleurs par les signes locaux d'auscultation. On appliqua de nouveaux vésicatoires au sommet droit; on administra l'huile de foie de morue, l'arséniat de

(1) Bourneville. — *Iconogr. fotogr. de la Salpêtrière*. t. II, p. 1-90; — *Société anatomique*, juillet 1876; — *Gaz. méd.*, 1876; — p. 595 et 610; — *Progrès médical*, 1879, p. 299, etc.

soude, mais sans obtenir d'amélioration sensible; de temps à autre, le soir, le malade était pris d'un mouvement fébrile assez intense.

Il sortit néanmoins, le 20 décembre, pour aller à l'hôpital Laënnec où il resta cinq mois; pendant ce temps, il fut atteint de muguet qui céda facilement au traitement institué.

Vers la fin de mai 1880, il quitta l'hôpital Laënnec, se trouvant dans un état plus satisfaisant; mais la toux et les sueurs nocturnes persistaient sans grande amélioration; il n'eut à aucun moment de crachement de sang ni de symptômes de laryngite.

Vers le 15 juin, son état s'aggrava; la dyspnée était plus marquée, les douleurs dans différents points du thorax et surtout du côté droit se montraient plus intenses, la diarrhée recommençait de nouveau et un peu d'œdème apparaissait autour des malléoles. Enfin, le 24 mai, vers 2 heures de l'après-midi, sans symptômes prémonitoires autres qu'un peu d'augmentation de la dyspnée, apparut une *enflûre* subite et rapidement envahissante à la partie antérieure du cou, un peu au-dessous du larynx, au niveau de la trachée; en même temps la voix devenait rauque et la respiration très pénible. La tuméfaction s'étendit bientôt à la partie supérieure du cou et au-devant de la poitrine et le malade se fit conduire dans la soirée à l'hôpital.

L'interne de garde reconnut au niveau des parties tuméfiées les signes non douteux de l'emphysème sous-cutané et pratiqua une moucheture entre la clavicule et le mamelon gauches; malgré tout, dans la nuit l'enflûre gagna la face et augmenta d'étendue sur le thorax.

25 juin. Au matin, on trouve le malade dans l'état suivant: Le faciès est pâle, très bouffi, les paupières du côté droit sont tellement boursoufflées qu'il est impossible d'ouvrir l'œil de ce côté; l'œil gauche est peu atteint; le cou, les régions sus-claviculaires, toute la surface du thorax en avant et en arrière, et un peu la partie antérolatérale droite de l'abdomen sont le siège d'un gonflement notable au niveau duquel la palpation la plus légère donne cette sensation de crépitation fine et nombreuse, caractéristique de l'emphysème sous-cutané; la peau blanchâtre, légèrement luisante dans les points les plus distendus est plutôt froide au toucher; la dyspnée est intense, la toux pénible, les crachats sont purulents mais peu abondants.

A la percussion thoracique, gênée d'ailleurs par l'emphysème, on trouve de la sonorité égale des deux côtés, peut-être un peu diminuée dans la fosse sus-claviculaire droite. A l'auscultation, le bruit de crépitation de l'emphy-

sème remplit l'oreille et on peut difficilement entendre quelques râles sibilo-ronflants des deux côtés du thorax et au sommet droit des râles sous-crépitaux lointains; pas de signes de caverne ou de pneumothorax. Les battements du cœur sont sourds, les bruits semblent normaux. Les autres organes ne paraissent pas atteints d'altérations importantes. Les urines rares ne sont pas albumineuses. Un peu de diarrhée; 104 pulsations. — *Prescription.* Julep diacode avec alcool, inhalations d'oxygène. — Le soir, on pratique deux nouvelles mouchetures: l'une sous la clavicule droite, l'autre au-devant du sternum; cette dernière surtout donne issue à de nombreuses bulles d'air barbotant à travers la sérosité sanglante qui remplit la plaie. On perçoit, en enfonçant la pointe de l'instrument tranchant dans les tissus boursoufflés, une sensation toute analogue à celle que l'on éprouverait en pratiquant une ponction avec une lancette dans un édredon.

26 juin. L'emphysème a gagné tout l'abdomen, un peu le scrotum du côté droit et la région lombaire; il est peu marqué à la partie supérieure des bras et on ne le constate pas sur les cuisses; le côté gauche de la face est presque aussi distendu que le droit, l'œil gauche est à peu près fermé. La dyspnée est toujours intense; le malade a de la diarrhée.

On pratique une nouvelle moucheture vers le rebord des fausses côtes gauches, il se produit par la petite plaie un léger sifflement puis l'issue de nombreuses bulles d'air. Le soir, le côté droit du scrotum est très distendu et donne au doigt la sensation d'un ballon bien gonflé, on pratique à la lancette une ponction qui est suivie d'un sifflement et de l'affaissement total de cette tumeur gazeuse.

Dans le cas présent, le diagnostic de tuberculose pulmonaire n'était pas douteux pas plus que celui d'emphysème sous-cutané généralisé; mais, quelle était la relation de ces deux affections? Par où l'air inspiré trouvait-il passage pour gagner le tissu cellulaire sous-cutané? Il semblait évident que la perforation était le résultat d'une ulcération tuberculeuse du parenchyme pulmonaire et de la plèvre, et que l'absence de pneumothorax était due à des adhérences préexistantes. En outre, l'apparition du gonflement emphysemateux autour de la trachée semblait indiquer que l'air pénétrait dans le médiastin, sans doute au voisinage du hile du poumon et remontait en disséquant pour ainsi dire l'espace cellulaire péritrachéal. Tel fut le diagnostic porté pendant la vie, il s'est trouvé pleinement confirmé par l'examen nécroscopique.

AUTOPSIE. Après ablation du plastron, on enlève le cœur en sectionnant les gros vaisseaux de la base, puis on dissèque la trachée jusqu'à deux centimètres au-dessous de sa bifurcation, et l'on remplit d'eau l'espace ainsi laissé vide entre les deux poumons. On introduit alors le bout d'un soufflet dans chaque bronche, et, après quelques insufflations infructueuses, on voit des bulles d'air se dégager du côté du médiastin à travers l'eau qu'on y a versée. Les poumons sont alors enlevés avec précaution; la plèvre droite présente une adhérence presque totale; quelques adhérences au sommet du poumon gauche. En arrière et un peu au-dessus du pédicule droit, se voit un orifice ovalaire d'un demi-centimètre de diamètre environ, conduisant dans une cavernule tuberculeuse et répondant bien au point par où l'on a vu se dégager les bulles d'air pendant l'insufflation. Tubercules ramollis et cavernes aux deux sommets. Quelques bulles d'emphysème sous-pleural des deux côtés. Cœur sain. Foie gras. Rien de particulier dans les autres viscères.

M. HANOT a vu, cette année, un cas absolument semblable consécutif à la perforation de la bronche droite par une granulation tuberculeuse.

9. Sur l'anatomie du muscle sterno-mastoïdien ; par L. H. FARABEUF, chef des travaux anatomiques.

M. Farabeuf communique un résumé des recherches qu'il a faites sur le sterno-mastoïdien de l'homme. Les auteurs français regardent ce muscle comme simple en haut et bifide en bas. Il y a quelques années, W. Krause (*Centralblatt* 1876) en a fait un muscle quadricèpe. Autrefois Theile (*Encyclop. anat.* 1843) avait nettement distingué deux muscles : *sterno-mastoïdien* et *cléido-mastoïdien*.

En réalité, il existe deux muscles bien distincts. L'un, le plus large est *superficiel* on pourrait l'appeler *sterno-cléido-occipito-mastoïdien*. L'autre *profond*, étroit, mérite le nom de *cléido-mastoïdien*.

Celui-ci, le cléido-mastoïdien ou profond, s'insère en haut au sommet de l'apophyse mastoïde et à ses deux bords par un tendon aplati, large comme le bout du petit doigt. En descendant, le muscle prend du volume et arrive à avoir quelquefois jusqu'à 0^m,03 de largeur au moment où il s'insère à des rugosités visibles sur la face supérieure de la clavicule. Cette insertion commence à un travers de doigt en dehors de l'articulation sterno-claviculaire.

Le muscle superficiel ou sterno-cléido-occipito-mas-

toïdien, s'insère en haut à la ligne courbe occipitale supérieure, à la face externe de l'apophyse mastoïde et à son bord antérieur, confondant un peu, en ce point, ses insertions avec celles du muscle profond, mais sur une très faible hauteur. De la ligne d'insertion supérieure, les fibres descendent, formant une large bande de faisceaux musculaires obliques en bas, en avant et en dedans. La plupart des faisceaux se ressemblent en avant, épaississent le bord antérieur du muscle et se jettent sur le tendon sternal. Les autres faisceaux, les postérieurs, s'étalent en membrane d'une minceur variable et viennent s'attacher devant la partie interne de la clavicule, sur une étendue variable mais qui peut aller et va fréquemment jusqu'à 0^m,06 en dehors de l'articulation.

Le muscle superficiel est à peu près aussi large en haut qu'en bas. Le faisceau sternal varie peu. Le large ruban claviculaire varie beaucoup. Quand il est bien développé, il cache complètement le muscle profond que rien ne trahit à l'extérieur; quand il est mince, il laisse deviner par transparence le muscle profond; quand il est distinct du tendon sternal, ce même muscle profond se voit dans l'interstice à travers une mince palmure aponévrotique. Rarement, le faisceau claviculaire s'étend moins en dehors que le muscle profond, dont le bord externe se trouve ordinairement débordé par les fibres superficielles, fussent-elles réduites au plus minime volume. Une seule fois sur vingt-quatre, le faisceau claviculaire superficiel manquait tout à fait: c'était du côté droit; il était grêle sur le côté gauche du sujet, mais il existait.

Les deux muscles sterno-cléido-occipito-mastoïdien ou superficiel et cléido-mastoïdien ou profond, quoique contenus dans la même gaine, sont complètement distincts sur toute la hauteur du cou. Le superficiel est spécialement exposé au refroidissement.

Le nerf spinal donne des filets aux deux muscles. Je n'ai pas vu son tronc perforer le muscle superficiel ni même passer entre les deux. Souvent, il perfore le muscle profond et souvent aussi passe simplement dessous.

10. M. d'OLIER montre des *concrétions ossiformes* développées sur un hémisphère cérébral et trouvées à l'autopsie d'un *tuberculeux*. L'examen histologique sera fait.

M. LETULLE. Cet examen est d'autant plus nécessaire qu'il s'agit peut-être de masses calcaires de nature tuberculeuse; les masses osseuses des méninges sont d'ordinaire des pla-

ques plus ou moins minces et non pas, comme ici, des tumeurs arrondies, enchâssées dans la substance corticale du cerveau.

Séance du 23 juillet 1880.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

11. Kystes hydatiques du foie suppurés. — Rupture et hémorrhagie abondante dans la cavité péritonéale. — Mort rapide ; par E. GAUCHER, interne des hôpitaux et M. SCHACHMANN, externe des hôpitaux.

Muers (Anna), âgée de 39 ans, cuisinière, est entrée le 12 juillet 1880, à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Mathilde, lit n° 14, service de M. le professeur BOUCHARD.

La malade, originaire de la Prusse, réside à Paris depuis 16 ans. Jusqu'en 1876, elle s'était toujours bien portée, mais, à partir de cette époque, elle commença à souffrir. Subitement, un jour, elle fut prise de douleurs de ventre, ayant leur maximum de violence dans la région hépatique ; à partir de ce moment, elle eut des accès de fièvre peu intenses mais réguliers tous les soirs, se terminant chacun par une transpiration plus ou moins abondante : le lendemain, elle reprenait son travail comme si rien n'était.

Une fois, toujours vers la même époque, à la suite d'un de ses accès de fièvre, elle se vit jaunir. Pendant les 4 ou 5 jours que dura son ictère, elle fut encore plus souffrante ; l'appétit était encore plus diminué et la douleur à l'hypochondre droit plus continue et plus lancinante que de coutume. A la suite de cette première jaunisse, elle en eut successivement beaucoup d'autres, revenant à des époques indéterminées ; elle arriva même à prédire l'arrivée de son ictère, ayant remarqué que celui-ci était toujours précédé de l'engourdissement et de l'insensibilité de ses doigts qui duraient autant que durait l'ictère, c'est-à-dire quelques jours.

Ces symptômes se suivirent régulièrement ainsi pendant 6 mois, au bout desquels survinrent des *crachements de sang*. La malade affirme avoir craché du sang à plusieurs

reprises, immédiatement après ses repas, quelquefois aussi le matin, à jeun, mêlé avec de la bile. L'hématémèse se montrait pendant 10, 15 jours, disparaissait ensuite pour revenir après.

A la fin de 1876 (fin de la première année de sa maladie), elle eut une fausse couche, le fœtus était âgé de 4 mois. Vite rétablie, elle reprit son travail, les ictères s'espacèrent, mais les douleurs abdominales ne cessèrent pas; les crachements de sang ne s'étaient pas montrés depuis longtemps, lorsqu'un jour, elle était en coursé, elle rendit une grande quantité de sang mêlée à une matière jaunâtre ressemblant tout à fait au pus, dit-elle, et sentant très mauvais. Elle ne se souvient pas d'avoir rendu en même temps des matières ressemblant à des grains de raisin.

Il y a environ 18 mois, la malade s'aperçut tout à coup que son ventre grossissait, devenait dur; les douleurs ordinaires continuèrent, mais ne devinrent pas plus intenses; ses jambes et ses pieds enflèrent de temps à autre; après quelques jours de repos, chaque fois elle reprenait son travail.

Son ventre grossissait lentement mais progressivement, devenait de plus en plus dur, l'œdème de ses membres inférieurs devenait plus fréquent, ses ictères venaient aussi à des intervalles plus rapprochés, mais son appétit n'était pas trop mauvais et ses hématémèses avaient complètement cessé lorsque, il y a 15 jours, elle se refroidit. Dans la journée, elle avait pris un bain, et, dans la soirée, elle eut un accès fébrile violent avec claquement des dents; les douleurs abdominales devinrent très intenses, elle frissonna beaucoup et transpira ensuite abondamment. Le lendemain, l'ictère reparut. Pas d'appétit, soif très vive, pas de selles, fièvre persistante. Ces symptômes ne s'amendant pas, elle entre à l'hôpital.

Etat actuel. La malade est très maigre, d'aspect cachectique, la peau est jaune, sèche, les conjonctives présentent une teinte ictérique assez marquée. Les lèvres et la langue sont sèches, fuligineuses, pas d'appétit, soif vive, pas de garde-robes. La température centrale 39°; le pouls est petit, accéléré. Elle ne tousse ni ne crache, et l'examen de ses poumons ne dénote aucun signe morbide. Le cœur bat régulièrement et l'auscultation ne révèle aucune lésion de cet organe; les artères radiales paraissent dures au toucher.

L'abdomen est ballonné, dur à la palpation, la peau est également tendue de tous les côtés. La matité hépatique s'étend beaucoup en bas sous les fausses côtes et aussi dans la cage thoracique; elle se prolonge surtout à gauche

transversalement jusque dans l'hypochondre du même côté, et en bas jusqu'au dessous de l'ombilic. On circonscrit par la palpation trois grandes tumeurs, dont l'une occupant l'épigastre est grosse comme la tête d'un fœtus, et, de chaque côté, se trouve une autre plus petite. La rate ne paraît pas augmentée de volume.

Il n'y a pas d'ascite, la palpation de tout le ventre mais surtout de l'hypochondre droit est douloureuse; la douleur, du reste, existe spontanément aussi. L'utérus ne paraît pas augmenté de volume. Les pieds et les jambes sont légèrement œdématisés. Les urines contiennent de l'albumine, pas de matières colorantes de la bile. On ordonne des lavements d'eau de guimauve, des cataplasmes sur le ventre; des potages, du lait, de la limonade.

14 juin. T. 38°,6. Même état, elle a dormi un peu cette nuit, ses douleurs de ventre continuent. Même prescription.

15 juin. T. 38°,5. Pas de changement dans son état. On ordonne des onctions sur le ventre avec de l'onguent napolitain belladonné, 1 pilule de calomel 0,05.

17 juin. T. 37°,4. Elle se plaint d'insomnie, on lui donne une potion au chloral; extrait thébaïque.

18 juin. T. 38°,6. Ce matin, elle a de la dyspnée et l'examen de la poitrine dénote dans les deux tiers inférieurs et en arrière, du côté gauche, de la matité, avec absence de bruit vésiculaire et un souffle de pleurésie très accentué; le poumon est sain. Elle est très affaiblie, le pouls est toujours accéléré, l'anorexie et la soif persistent. On ordonne un large vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine. On continue l'autre prescription.

19 Juin. T. 38°,5. — Elle n'a plus de dyspnée, mais l'état général est le même; — mêmes signes stéthoscopiques à gauche. — Soir : T. 38°,5.

20 Juin. T. 38°,3. — Même état; somnolence; on supprime l'extrait thébaïque, on maintient le chloral. — 5 heures de l'après-midi. La malade a fait une chute de son lit, à la suite de laquelle elle a perdu complètement connaissance, a vomi de la matière aqueuse.

Mort à 2 heures du matin.

! AUTOPSIE. A l'ouverture du thorax, on trouve un léger épanchement dans la cavité pleurale gauche et des adhérences fraîches, faciles à détruire; entre les 2 feuillets pleuraux à droite il n'y a pas d'épanchement, mais ces feuillets sont légèrement adhérents. Les lobes inférieurs des deux poumons sont congestionnés par hypostase, les lobes supérieurs sont sains. Le péricarde contient quelques

cuillerées de liquide ; les feuillets péricardiques sont libres.

Le cœur est mou, large, chargé de graisse au niveau de la base et des bords ; le muscle est d'un rouge très pâle.

L'orifice aortique est légèrement insuffisant, les valvules sigmoïdes sont épaissies, couvertes de plaques athéromateuses comme la partie de l'aorte située au-dessus de son orifice. Les bords libres des valvules mitrales et tricuspides sont épaissies ; les cordages papillaires sont épaissis aussi et friables.

Les parois cardiaques sont amincies, la cavité droite paraît dilatée. Dès qu'on incise le péritoine, il s'échappe une notable quantité de sang, et, en rabaissant de chaque côté les parois abdominales, on met à nu une nappe de sang coagulé couvrant tout le grand épiploon et s'étendant entre les anses intestinales, surtout dans la fosse iliaque droite, et même dans le petit bassin. Nous n'avons pu trouver le siège de la rupture vasculaire et la source de l'hémorrhagie. Le diaphragme, laissé en place, est soulevé à droite jusqu'au dessus du tiers inférieur de la cage thoracique ; à gauche, on observe la même chose ; en palpant ces saillies on perçoit de la fluctuation.

Le foie est considérable, il recouvre transversalement les hypochondres et l'épigastre, l'estomac n'est pas visible ; la partie moyenne descend verticalement jusqu'à l'ombilic, le lobe gauche descend jusque près de la fosse iliaque gauche ; à droite, le lobe droit descend jusqu'au flanc.

Cet organe est très bosselé sur toute son étendue. Les tumeurs sont de volume différent depuis celui d'une amande jusqu'à celui d'une tête de fœtus à terme ; elles sont fluctuantes, et, par l'incision, on en fait sortir de grosses et nombreuses hydatides et un liquide tantôt blanc-opalin, tantôt franchement purulent.

Les parois des kystes sont peu épaisses, fibreuses, leur face interne est souvent couverte d'un dépôt mou, jaunâtre. Une des hydatides, grosse comme une tête de fœtus, siège en dehors du foie ; au devant de l'estomac. Un kyste s'est rompu spontanément à ce niveau, et c'est là probablement qu'il faut chercher la cause de la mort. La vésicule est vide de bile.

Il y a un peu de périhépatite ; le tissu du foie est pâle, gras et hyperémié par places. — Il présente l'aspect du foie cardiaque avec dégénérescence graisseuse très avancée.

La rate est dure, cirrhosée, il y a de la périsplénite. Les reins sont gros et blancs (néphrite parenchymateuse au début.) Les centres nerveux ne présentent aucune altération. Nous n'avons pas trouvé d'hydatides en dehors du foie.

12. M. MANAUD montre les pièces d'une *grossesse extra-utérine tubaire*, recueillies dans le service de M. le D^r Siredey. La malade a succombé à une hémorrhagie péritonéale.

13. M. DÉJERINE présente une *tumeur cérébrale* développée dans le lobule pariétal inférieur et ayant donné lieu à une hémiplegie droite légère et variable, ainsi qu'à une aphasie incomplète (cécité des mots de Kussmaull). Il s'agit d'un gliome.

Séance du 30 juillet 1880.

PRÉSIDENTE DE M. MONOD.

14. Rapport sur la candidature de M. Stackler au titre de membre adjoint; par le D^r HANOT, médecin des hôpitaux.

Dans l'une des dernières séances, M. Stackler présentait à la Société anatomique plusieurs pièces fort curieuses, provenant d'une malade, morte de syphilis maligne, avec lésions multiples dans les divers tissus, dans les différents viscères.

Il s'agit d'une femme de 45 ans, du service de M. HALLOPEAU, à l'hôpital Tenon. Les premières manifestations de la syphilis ont apparu il y a 8 ans. Depuis cette époque, elle n'a subi aucun traitement. Elle entre le 14 mai à l'hôpital, dans un état de cachexie très avancé : amaigrissement, pâleur, diarrhée, œdème des membres inférieurs. Elle porte sur le corps des marques nombreuses de syphilis, les unes récentes, les autres anciennes : ulcérations buccales, nasales, gommes des membres, de la voûte crânienne. Exostoses des maxillaire supérieur et inférieur. Ascite légère, rate très volumineuse.

Matité presque absolue de tout le *poumon gauche*. En avant, sous la clavicule, il existe un souffle légèrement amphorique. En arrière, souffle tubaire et râles humides, avec diminution des vibrations thoraciques dans toute la hauteur du poumon.

Du *côté droit*, dans la moitié inférieure du poumon, il existe du gargouillement et du souffle tubaire. Le sommet de ce poumon paraît sain.

Paralysie complète du bras gauche, qui remonterait à plus d'une semaine, et paralysie incomplète du membre inférieur gauche. L'usage de la parole est conservé; la sensibilité existe à gauche comme à droite.

AUTOPSIE. Elle révéla des altérations fort remarquables. Nous ne rappellerons ici que celles qui furent trouvées dans le foie, les *poumons* et l'*encéphale* (leur examen microscopique a été fait par M. Déjerine.) Les lésions du foie sont caractéristiques.

Sa surface est inégale, bosselée, parsemée de cloisons fibreuses, épaissies, profondes, qui la parcourent en divers sens; on les suit dans le parenchyme de l'organe; elles circonscrivent des îlots multiples, de dimensions variables, d'une couleur générale gris-jaunâtre, changeant de teinte d'un îlot à l'autre. L'examen microscopique révèle l'existence simultanée des lésions de la cirrhose hypertrophique surtout (intra-lobulaire), et de la cirrhose atrophique (péri-lobulaire).

L'on trouve encore, en divers points, des tumeurs, la plupart jaunes, molles, diffuses, isolées les unes des autres, dont les plus grosses ont le volume d'une noisette, ce sont des *gommies*. L'ensemble de ces lésions peut se résumer ainsi : caractères évidents de l'hépatite syphilitique scléreuse et de l'hépatite gommeuse.

Les *poumons* de cette malade offrent un bel exemple de phtisie syphilitique; les lésions portent sur le poumon lui-même, sur la plèvre, sur les bronches et les ganglions.

La plèvre gauche est recouverte de fausses membranes, assez adhérentes. Le tissu pulmonaire de ce côté est dense, résistant, ne crépite pas, tombe au fond de l'eau. Il est parsemé de petits îlots d'apparence caséuse, d'un blanc-grisâtre, en général distants les uns des autres, quelques-uns réunis, variant du volume d'un grain de chénevis à celui d'une noisette; une zone indurée les environne. Il existe plusieurs excavations dans les deux lobes: la plus grande a le volume d'une grosse noix, elle siège près du sommet; ses parois sont grises, parsemées de points jaunâtres. Au niveau du hile de ce poumon existent des masses ganglionnaires, volumineuses, de consistance pierreuse. La muqueuse des bronches est injectée et présente des granulations analogues à celles du poumon.

Dans le poumon droit, on retrouve des lésions pareilles à celles du poumon gauche; noyaux caséux, nombreux, plus ou moins avancés, arrondis; quelques excavations. Mais, tandis que ces altérations occupaient toute la hauteur du poumon gauche, dans celui-ci, elles siègent uniquement

dans sa partie inférieure ; c'est à peine si, dans la lobe supérieur, il existe quelques nodosités, saillantes à la surface du poumon ; on ne trouve pas autour d'elles de granulations miliaires.

Sous la plèvre, on voit, en deux points, un certain nombre de granulations grises, et des traînées paraissant groupées sur le trajet des vaisseaux lymphatiques. Si l'examen microscopique n'a fait découvrir entre ces granulations et les granulations tuberculeuses aucune différence histologique, il est certain, cependant, qu'il nous est impossible de ne pas nous laisser frapper par certains caractères microscopiques de ce poumon. Les altérations disséminées en très grand nombre dans le tissu pulmonaire, les unes jeunes encore (petits noyaux gris), d'autres plus âgées, apparaissant sous forme de noyaux caséeux, d'autres enfin sous forme d'excavations presque toujours d'une coupe nettement circulaire, la répartition à peu près égale de ces lésions de la base au sommet du poumon gauche, leur grand nombre et leur degré très avancé à la base du poumon droit, rapprochés de leur absence presque complète au sommet de ce poumon, nous permettent d'affirmer, indépendamment de l'histoire de la malade et des lésions multiples trouvées à l'autopsie, lésions dont la nature syphilitique est indubitable, que la syphilis a imprimé à ces poumons un cachet macroscopique, sinon histologique, spécial et différent de celui d'un poumon tuberculeux.

L'étude du cerveau et des méninges nous a paru particulièrement intéressante. Ni les descriptions classiques, ni les observations présentées à la Société, que nous avons eu l'occasion de parcourir, ne nous paraissent se rapporter au cas dont il s'agit ici.

Disons de suite, que l'hémisphère gauche et le cervelet sont sains. C'est sur l'hémisphère droit que nous allons nous arrêter.

L'arachnoïde est trouble ; sa surface est opaline sur divers points de la convexité. Sur le trajet des vaisseaux de la pie-mère, on voit des granulations saillantes, de volume variable, la plupart grosses comme un grain de millet. Les plus grandes se voient sur le trajet des vaisseaux de la partie supérieure et de la partie inférieure de la circonvolution pariétale ascendante du côté droit. Au niveau de la scissure de Sylvius, les méninges sont encore plus opalines ; leur surface est inégale, mais sans granulations apparentes. Les parois des artères sylviennes sont blanchâtres, épaissies sur certains points, par plaques ; mais leur canal est libre.

Sur le tronc basilaire se voit une plaque qui ressemble à de l'athérome.

A la face interne de l'hémisphère droit, on trouve le long des vaisseaux, un exsudat blanchâtre, analogue à du pus.

Au niveau du *sillon de Rollando*, se rencontre un groupe de lésions, dont l'examen nous a paru mériter une attention toute spéciale. En ce point, les méninges sont fort épaissies, couvertes de granulations et solidement adhérentes au tissu sous-jacent. Si l'on fait une coupe verticale, on tombe sur une masse bien limitée, nettement distincte du reste de la substance cérébrale, et qui, au premier abord, rappelle le ramollissement rouge. Les dimensions de ce foyer sont à peu près celles d'une grosse noix ; il occupe la partie la plus élevée ($1/3$ supérieur) des circonvolutions pariétales, mais empiète légèrement sur la partie correspondante des circonvolutions frontales ; profondément, il s'étend sur le centre ovale. Cette masse est plus molle que le tissu voisin, d'une couleur hortensia et parsemée de points noirs hémorrhagiques. Ce qui rend ce noyau surtout intéressant, c'est l'existence en ce point de granulations analogues à celles que nous avons vues dans les méninges, sur la plèvre gauche et dans les poumons.

Ces granulations ne sont pas situées sur le trajet des vaisseaux, mais disséminées en grand nombre dans cette masse rouge et molle. Quelle est leur nature ? Nous ne connaissons pas d'observation de granulations tuberculeuses, groupées en pareil nombre et sous cette forme, dans un foyer rouge, datant de deux semaines au moins. D'ailleurs, ces granulations sont analogues à celles que nous avons vues précédemment dans d'autres organes, et nous savons pourquoi ces derniers sont syphilitiques. De plus, ce caractère de lésions accumulées sur un point du cerveau, bien limité, qu'il s'agisse des méninges, du système artériel ou de la substance même du cerveau, n'est-il pas un des caractères principaux de la syphilis de cet organe ?

Dans des observations de syphilis cérébrale, nous voyons les altérations se présenter sous forme de gomme, en général peu nombreuses et isolées, ou de syphilis scléreuse, en général diffuse mais partielle, c'est-à-dire répandue ici et là mais en noyaux. (Obs. Barthélemy, 1877).

Nous n'avons rencontré, nulle part, de foyer cérébral syphilitique, bien limité, de consistance molle, de couleur hortensia, parsemé de points noirs hémorrhagiques, criblé de petites granulations gommeuses, véritable *encéphalite*

gommeuse, intéressant la zone motrice de l'hémisphère droit et du volume d'une grosse noix. C'est à ce titre surtout que cette observation a été choisie comme sujet de ce rapport.

15. Examen histologique d'un poumon présenté par M. A. Robert (séance du 27 février 1880) (1); par M. MAYOR, interne des hôpitaux.

Les fragments du poumon qui m'ont été remis et qui contiennent des nodules blanchâtres d'aspect caséeux ont été durcis par l'alcool et la gomme. Sur des coupes fines colorées au picrocarmin, on reconnaît les caractères suivants. Lorsque le nodule est assez peu volumineux pour être contenu en entier dans une coupe, avec le tissu pulmonaire, d'apparence normale, qui l'entoure, on constate qu'il est formé d'une succession de zones assez distinctes.

Au centre, existe un espace irrégulièrement arrondi, où le tissu offre un aspect homogène et se laisse colorer en jaune par le réactif. Ça et là, dans cette zone, se voient des débris de cloisons alvéolaires, de bronches, d'artères, indiquées par leurs fibres élastiques. La zone qui entoure cet espace central est constituée par de nombreux petits éléments arrondis, colorés en rose par le picrocarmin. Ici, les alvéoles ne se reconnaissent plus qu'à la périphérie. En effet, au bord de cette ceinture de tissu embryonnaire, les alvéoles reparaissent et ils sont remplis en partie par un réticulum tout à fait semblable au réticulum fibrineux de la pneumonie franche.

Dans ces alvéoles-limites, le réticulum est épais à la périphérie et ne contient presque pas d'éléments figurés. Mais, à mesure que l'on se rapproche de la partie de l'alvéole qui regarde le centre caséeux, on le voit se remplir des éléments de la zone embryonnaire, en même temps que son réticulum diminue d'importance, et que ses parois deviennent moins distinctes.

Tout autour de cette zone limitante, formée par les alvéoles qui contiennent un réticulum, on n'aperçoit que les lésions d'une pneumonie catarrhale commune: cloisons interalvéolaires un peu épaissies, débris de cellules épithéliales, leucocytes dans l'intérieur des alvéoles, etc.

Les vaisseaux ayant été injectés, on peut reconnaître exactement leur degré de perméabilité. Dans la zone de pneumonie catarrhale, on trouve les réseaux capillaires par-

(1) Voir page 138.

faitement marqués. Dans la zone embryonnaire, surtout à sa périphérie, on remarque encore les vieux troncs, mais pas un seul réseau ou portion de réseau. Enfin, dans la zone centrale caséeuse, tous les vaisseaux sont oblitérés.

Les nodules, trop considérables pour être contenus en entier dans une seule coupe, offrent cependant la même disposition : 1° espace central caséeux ; 2° zone embryonnaire ; 3° zone limitante externe avec réticulum intraalvéolaire (se confondant insensiblement avec la précédente), enfin, 4° tissu pulmonaire ambiant atteint de pneumonie catarrhale. Seulement, leur centre caséeux commence à se désagréger.

Il s'agit donc bien évidemment ici de tubercules massifs qui ne se font remarquer que par deux caractères anormaux : 1° l'excessive rareté des cellules géantes ou de leurs débris ; 2° le peu d'intensité du travail de sclérose périphérique : ce qui peut faire conclure que ces nodules sont de date relativement récente.

Le Secrétaire,

M. LETULLE.



OCTOBRE

Séance du 8 octobre 1880.

PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

- 1. Hernie inguinale congénitale avec diverticule étranglé dans la tunique vaginale. — Réduction apparente. — Mort. — Autopsie ; par Aimé GUINARD, interne des hôpitaux.**

Le nommé Ab.... Jules est un charretier âgé de 59 ans, doué d'une constitution robuste. Il dit n'avoir jamais été malade. Il est porteur d'une volumineuse hernie inguinale droite qu'il a « de naissance », nous dit-il, et qui était à l'ordinaire assez mal maintenue par un mauvais bandage herniaire.

Le mercredi 5 mai, il reçoit dans le ventre un violent coup de timon de charrette, et, au même moment, une portion considérable d'intestin vient faire hernie dans les bourses malgré son bandage.—A partir de ce moment, il est pris d'un malaise qui s'accroît le jeudi et le force à se mettre au lit. Le vendredi, soit le surlendemain de l'accident, il est pris de vomissements que rien n'a pu arrêter jusqu'à la fin. Un médecin, appelé en ville, constate le samedi matin une émission de gaz par l'anus, et donne un purgatif d'essai après avoir pratiqué un taxis infructueux. Et, comme à sa visite du dimanche on lui apprend que le purgatif a été vomi, que l'émission de matières fécales et de gaz par l'anus est complètement supprimée depuis la veille, il conseille au malade d'entrer à l'hôpital.

A son entrée, le dimanche 9 mai, à 3 heures de l'après-midi, c'est-à-dire quatre jours pleins après l'accident, le malade se présente avec un ballonnement considérable du ventre. Le diaphragme est refoulé en haut et la dyspnée est très intense. La face est grippée, les yeux excavés, le nez effilé, etc.... Les extrémités se refroidissent et se couvrent de sueur froide. Enfin, il est pris de vomissements fécaloïdes, tout-à-fait caractéristiques, et il n'a rendu ni

gaz, ni matières fécales par l'anus depuis la veille au matin. La région inguino-scrotale du côté droit est occupée par une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus, sonore à la percussion et irréductible, malgré un taxis déjà prolongé en ville.

L'interne de garde, avant d'envoyer chercher un chirurgien, essaie d'opérer la réduction sous le chloroforme. — Après quelques efforts, il arrive à faire rentrer l'intestin, mais il est difficile de le maintenir et ce n'est qu'à l'aide d'un bandage compressif qu'on parvient à contenir la masse herniée dans la cavité abdominale. Une heure après, le malade mourait sans que les accidents aient cessé un seul instant (vomissements fécaloïdes, algidité, etc...)

On pouvait croire alors qu'on avait réduit l'intestin en masse avec son sac ou bien qu'il s'agissait d'une perforation intestinale par traumatisme direct, comme cela avait été observé huit jours auparavant dans le même service. (Voir les Bulletins de la Société anatomique).

AUTOPSIE faite 24 heures après la mort. — Elle vint démontrer que ni l'une ni l'autre de ces hypothèses n'était fondée. Il s'agissait d'une fausse réduction ou réduction apparente. La hernie se composait de deux parties, l'une énorme qu'on avait réduite et qui comprenait la portion terminale de l'iléon ; l'autre très petite était formée par un diverticule de l'anse intestinale la plus déclive. Ce diverticule ne comprenait pas tout le calibre de l'anse, et il restait entre le collet de l'étranglement et le bord mésentérique de l'anse étranglée un petit espace suffisant pour expliquer la persistance de l'émission de gaz par l'anus ; c'était en réalité un pincement latéral de l'intestin.

Cette anse étranglée formait une tumeur de la grosseur d'un petit marron et se trouvait en contact immédiat avec le testicule. Après avoir enlevé l'intestin complètement, on trouve que les parois de la hernie sont formées par un seul feuillet séreux, qui se continue en haut avec le péritoine et en bas avec la tunique vaginale ; c'est la séreuse vagino-péritonéale ; mais, au lieu d'être mince, comme la vaginale normale, elle présente cet état d'inflammation chronique signalé dans des cas analogues par Lobstein ; elle est épaisse, nacréée et comme tendineuse. A la partie supérieure, le conduit vagino-péritonéal est très largement ouvert dans le péritoine, tandis qu'à sa partie inférieure, c'est-à-dire un peu au-dessous du testicule, il est constitué par un véritable anneau qui le fait communiquer avec la séreuse péri-testiculaire. Il y avait donc un commencement de travail d'oblitération de ce canal, et c'est en passant à

travers cette sorte de diaphragme fibreux que l'intestin s'était étranglé.

RÉFLEXIONS. — Il s'agissait donc, en somme, d'une grosse hernie congénitale (vaginale funiculaire) qui s'était compliquée, sous l'influence d'un traumatisme, d'une petite hernie vaginale testiculaire étranglée ; cette dernière était certainement récente, car il n'y avait pas trace d'adhérences entre elle et le testicule ou la tunique vaginale, et, en outre, il n'y avait pas de liquide autour du testicule.

Ajoutons, en terminant, que, du côté gauche, il n'y avait point de hernie, et que les traces du canal vagino-péritonéal du fœtus avaient complètement disparu.

M. DURET fait remarquer que si on avait mis le doigt dans l'anneau, on se serait peut-être aperçu qu'il restait quelque chose dehors.

2. Végétations polypiformes du gros intestin chez un tuberculeux ; par E. DESNOS, interne des hôpitaux.

Le nommé Lef... Claude, âgé de 26 ans, journalier, se présenta à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. DUJARDIN-BEAUMETZ, le 7 août 1880. Il se plaint depuis longtemps déjà d'un amaigrissement considérable. Dans son enfance, on constate chez lui plusieurs manifestations, strumeuses, maux d'yeux de longue durée, adénites sous maxillaires à répétition, impétigo de la face et du cuir chevelu. Plus âgé, il ne fit pas de grande maladie, mais il est toujours resté chétif, chaque hiver il s'enrhumait facilement et était incapable d'efforts prolongés. Il paraît présenter d'ailleurs des antécédents héréditaires, est son père serait mort à la suite d'une affection pulmonaire de longue durée.

Il y a 18 mois environ, il se mit à tousser avec plus de violence que de coutume, presque aussitôt une hémoptysie apparut ; puis s'établit une toux d'abord rare et sèche puis quinteuse et amenant une expectoration abondante. Peu d'incidents marquèrent le cours de l'affection tuberculeuse une fois établie. Au bout de quelques mois l'amaigrissement était déjà très prononcé ; depuis 5 à 6 mois, des sueurs nocturnes abondantes sont apparues, la toux, l'expectoration sont incessantes, des douleurs thoraciques très vives, augmentant d'intensité vers le soir.

Du côté du tube digestif, il y eut peu de troubles pendant les premiers mois ; puis l'appétit diminua, et, il y a six mois, le malade eut de la diarrhée pour la première fois ; elle céda à un traitement approprié au bout de quelques jours et ne reparut que trois mois après ; elle s'établit, et, graduel-

lement, augmenta d'abondance ; les traitements que le malade suivit n'amenèrent aucune modification, et l'amaigrissement se prononça de plus en plus.

État actuel. Malade cachectique, faciès très amaigri; dépressions sous-claviculaires très marquées. — A la percussion, on constate de la matité au sommet du thorax à droite et à gauche ; des deux côtés également, l'auscultation révèle l'existence de cavités pulmonaires ; à droite, du souffle amphorique perçu surtout en arrière ; à gauche, souffle et gargouillement dans le creux sous-claviculaire. Les lésions sont assez bien limitées aux sommets et la respiration est à peu près anormale à la base.

L'abdomen est un peu rétracté, douloureux au palper, surtout sur la partie latérale et dans la fosse iliaque gauche. La diarrhée est très abondante, il y a de dix à quinze selles par jour, tantôt complètement liquides, tantôt mélangées de mucosités filantes. L'état général est mauvais, l'appétit est nul, la soif vive ; l'expectoration, très abondante est blanchâtre, aérée, rarement visqueuse.

26 août. Les symptômes thoraciques sont à peu près les mêmes ; la diarrhée a un peu diminué après l'administration, pendant plusieurs jours, de trois grammes d'oxyde de zinc ; sueurs nocturnes abondantes.

2 septembre. Hémorrhagie intestinale très abondante ; le malade a rendu, en une seule selle, un litre et demi environ de sang à peu près pur ; l'abdomen est très douloureux à la pression, et, spontanément, des coliques assez vives ont suivi l'hémorrhagie.

5 septembre. La diarrhée muqueuse a reparu avec la même intensité ; un peu de méloena dans une des selles.

8 septembre. Il n'y a plus trace d'hémorrhagie intestinale. — Hémoptysie légère. — Etat général de plus en plus mauvais ; œdème des membres inférieurs. — Douleurs abdominales très vives à la pression.

12 septembre. La diarrhée est extrêmement abondante, 20 à 25 selles par jour ; mucosités filantes en grande quantité.

15 septembre. Mort.

AUTOPSIE. A l'ouverture du corps, on ne trouve de liquide dans aucune des cavités sereuses. Les poumons sont très adhérents par leurs sommets à la plèvre. A la coupe, on trouve la partie supérieure farcie de tubercules à divers degrés de développement ; à droite, caverne du volume d'un œuf de poule à parois rigides, anfractueuses ; à gauche, plusieurs excavations plus petites remplies d'une sanie grisâtre mélangée de sang dans certains points.

En incisant l'intestin, on ne constate dans toute la première portion qu'une légère vascularisation; celle-ci augmente progressivement à mesure qu'on s'approche de la valvule iléo-cœcale; sur la face même de cette valvule, qui regarde le colon, apparaissent les premières de ces productions qu'on retrouve dans tout le gros intestin et que nous allons décrire. Ce sont de petites tumeurs qui font saillie dans la cavité intestinale.

Elles varient du volume d'un pois à celui d'une noisette et sont d'autant plus volumineuses qu'on s'approche du rectum; là, elles se réunissent et obstruent presque entièrement la lumière de l'intestin; elles sont assez semblables à ce niveau à de volumineuses marisques. Leur coloration très-foncée est bleuâtre, et tranche fortement sur celle de la muqueuse qui est restée normale. Quelques stries blanchâtres se font remarquer sur les productions les plus volumineuses. Ces tumeurs sessiles, aplaties, ne font nullement saillie du côté de la couche péritonéale et semblent naître de la muqueuse seule; celle-ci, tout à fait saine près de la valvule de Bauhin, présente au niveau du colon descendant un épaississement manifeste; et, dans les dernières portions, un aspect granuleux très marqué.

Voici le résultat de l'examen histologique, qui a été pratiqué par notre collègue et ami, M. Brault.

Les végétations de la muqueuse du gros intestin, précédemment décrites et examinées au microscope, ont offert les dispositions suivantes :

1° A un faible grossissement, il est facile de voir que la couche muqueuse, seule, prend part à l'altération; néanmoins, la couche cellulaire sous-muqueuse, dans les points malades, est légèrement épaissie et vasculaire. La couche musculaire et la couche sous-péritonéale n'offrent aucune modification.

2° A un grossissement plus considérable, (object. 7 ou 8 Werik), on constate que la végétation est dans toute son étendue formée par la réunion de tubes glandulaires externes, dilatés. Les parois des cavités sont formées par un tissu conjonctif adulte, ces parois sont tapissées par une seule couche de cellules cylindriques, presque toutes caliciformes. La lumière du conduit est occupée par un coagulum muqueux, tenant en suspension des grains de mucine et des débris de cellules épithéliales de revêtement. Au niveau du bord libre de la muqueuse, le tissu conjonctif est plus jeune, embryonnaire même dans un grand nombre de points et très vasculaire, il présente la disposition d'un tissu en voie d'accroissement.

La surface libre de la végétation est coiffée d'un coagulum muqueux très épais, que déversent dans la cavité intestinale les orifices des glandes très dilatées.

En résumé, les végétations sont constituées par de véritables polypes muqueux et glandulaires, à l'état de développement complet et dont le nombre devait donner lieu pendant la vie à un flot muqueux abondant.

[Séance du 15 octobre 1880.]

PRÉSIDENTE DE M. DREYFUS-BRISAC.

3. Hémorrhagie du cervelet. Inondation ventriculaire; par
M. Adhémar ROBERT.

Le nommé H., âgé de 66 ans, est entré dans le service de M. EMPIS, à l'Hôtel-Dieu, le 21 avril 1880. Pendant son séjour jusqu'au 19 septembre, il a présenté des symptômes de démence sénile. Il ne parlait presque jamais, même lorsqu'on l'interrogeait; il se levait rarement; de plus, de temps en temps, il avait de la diarrhée qui se prolongeait plusieurs jours pendant lesquels il devenait gâteux.

Le 19 septembre, vers midi, il a été frappé d'une attaque d'apoplexie subite; perte de connaissance absolue, coma, respiration stertoreuse. Le soir, le malade eut plusieurs vomissements.

Nous le voyons pour la première fois le lendemain 19 et nous constatons, outre l'état comateux, que la bouche est déviée du côté gauche. Les deux joues mais surtout la gauche sont soulevées à chaque expiration. Du côté des globes oculaires existe un nystagmus caractérisé par des mouvements à rythme régulier de projection de la pupille à gauche. Les quatre membres sont contracturés; les deux avant-bras sont appliqués sur la poitrine, les deux membres sont étendus. Il faut déployer une certaine force pour vaincre cette contracture. La nuque est flasque et libre de toute contracture.

Le matin, le malade a un dernier vomissement. Il n'a pas eu de selles depuis le début de l'attaque. Pouls régulier, Trait. 12 sangsues aux apophyses mastoïdes. Calomel

0 gr. 60. — A la suite du purgatif, le malade a eu des selles abondantes.

Le même état se prolonge jusqu'à la mort qui a lieu le 22 à 5 h. du soir, sans que le malade ait repris connaissance.

AUTOPSIE, le 24 septembre. — *Encéphale*. La cavité arachnoïdienne contient une quantité notable de sérosité citrine. Le cervelet est le siège d'un foyer hémorragique qui a à peu près le volume d'un œuf de poule et qui siège en grande partie dans le lobe droit, mais envahit aussi le lobe gauche. Ce foyer est limité de toutes parts par le cervelet excepté au niveau de la paroi supérieure du 4^e ventricule qu'il a perforé. Le 4^e ventricule est rempli de caillots sanguins qui ont à peu près le volume d'une aveline. La circonférence du cervelet présente du côté droit de la suffusion sanguine sous-arachnoïdienne,

Les ventricules latéraux sont dilatés et remplis d'une grande quantité de sérosité rougeâtre. Leurs prolongements occipitaux sont occupés des deux côtés par des caillots sanguins qui ont environ le volume d'une aveline, et qui offrent une coloration rouge noirâtre, semblable à celle des caillots du 4^e ventricule.

Le ventricule moyen ne contient que de la sérosité rougeâtre. Les artères de la base du cerveau sont très athéromateuses. Les vaisseaux des parois des ventricules latéraux présentent de nombreux anévrysmes miliaires.

Poumons congestionnés aux deux bases. — *Aorte* très athéromateuse.

4. *Laryngo-typhus pseudo-membraneux et ulcéreux*; par L. GALLIARD, interne des hôpitaux.

Joseph Meunier, âgé de 20 ans, jardinier, entre le 16 septembre 1880, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Louis, n° 7, dans le service de M. HAYEM, suppléé par M. LACOMBE.

C'est un grand garçon vigoureux qui n'habite les environs de Paris que depuis six mois; il n'a jamais fait de maladie grave. Il y a trois semaines, il éprouva des douleurs de nuque et du lombago, puis il eut de la sensibilité du ventre et de la diarrhée; au bout de huit jours (deux semaines avant l'entrée à l'hôpital), il se couchait et faisait venir un médecin qui lui administrait un purgatif. Chez lui, il a déjà eu de l'agitation, de l'insomnie, et a commencé à tousser.

La stupeur est très marquée; il a la langue assez propre, mais le ventre ballonné, du gargouillement de la fosse iliaque, des taches rosées discrètes au ventre, au thorax et au

dos; dans la narine gauche un peu de sang desséché. Il tousse fréquemment, et, en l'auscultant, on trouve des râles de bronchite très abondants. P. 104. T. 39°,8. Tous ces signes permettent d'affirmer dès l'abord une fièvre typhoïde.

17 septembre. La nuit a été calme, mais le matin il a eu des rêveries, il se plaint de céphalalgie. L'état est à peu le même; il y a eu une selle cette nuit. P. 96. T. 30°,4. M. Lacombe prescrit 1.50 de sulfate de quinine en trois fois. — Soir. P. 96. T. 39°,6. Lavement froid.

18 septembre. Ce qui domine actuellement, c'est une bronchite intense; surdité, bourdonnements d'oreilles. Le sulfate de quinine a fait tomber la température à 37°,6. Traitement: sulfate de quinine 1 gr. seulement. 20 ventouses sèches. — Soir. P. 104. T. 39°,2. La langue est humide et reste assez propre. La stupeur un peu moindre, mais le malade ne peut s'asseoir sans éprouver du vertige. Il se plaint surtout de ses douleurs d'oreilles. Un peu de délire. Ventre douloureux. Encore de la toux.

19 septembre. Un peu de délire cette nuit. Le malade a voulu se lever. P. 88 T. 39°. Le pouls est dicrote. La bronchite est toujours intense. 20 ventouses sèches. Sulfate de quinine 1 gr.; lavement et cataplasme froids sur le ventre. — Soir. T. 40°.

20 septembre. Nuit calme, peu de diarrhée. Le pouls est moins fort. P. 104. T. 39°,3, les taches sont toujours nettes. Mêmes symptômes pulmonaires. 20 ventouses sèches. Sulfate de quinine 1 gr. — Soir. P. 96. T. 39°,8; langue toujours humide.

21 septembre. Le malade est calme et somnolent; pas de selle cette nuit. Epistaxis. Bronchite toujours intense. — Même traitement avec 20 ventouses. P. 96. T. 39°. — Soir. P. 116. T. 39°,6.

22 septembre. Le malade se plaint des oreilles, il est encore somnolent, parle peu; ventre plus sensible. Submatité de la base droite avec des râles fins. Râles de bronchite disséminés, les bruits rendent difficile l'examen du cœur. Traitement *ut supra*. P. 108. T. 39°,2. — Soir. P. 104. T. 39°,8. Sueurs profuses de la face.

23 septembre. Il existe un écoulement purulent de l'oreille gauche. Le faciès est meilleur, la langue reste humide, mais le pronostic est encore sérieux à cause des accidents thoraciques. P. 104. T. 38°,7. — Soir. P. 108. T. 40°,2 l'amélioration ne persiste pas.

24 septembre. Même faciès, même abattement, peu de diarrhée. A la région sacrée, la peau commence à rougir. La bronchite diminue d'intensité; quelques crachats. P.

128. T. 39°,2. Même traitement.—*Soir*. Le malade a beaucoup toussé. Sa voix commence à être faible et enrouée. P. 100. T. 39°,8.

25 septembre. Plusieurs selles copieuses. Crachats assez visqueux, avec un peu de sang qui paraît venir de la gorge ou des fosses nasales. Même état de la voix. Les deux oreilles suppurent. P. 100. T. 38°,2. Encore vingt ventouses.—*Soir*. P. 108. T. 39°,6; langue encore humide.

26 septembre. Même état de la poitrine et de la gorge. P. 104. T. 38°,2. — *Soir*. T. 39°,4.

27 septembre. Un peu de délire. Le patient est très affaibli; sa maigreur devient extrême; la langue commence à sécher. Surdité. P. 104. T. 38°. Sulfate de quinine 0,50. — *Soir*. T. 39°,6.

28 septembre. Un peu de sang dans les crachats. T. 38°. Supprimer le sulfate de quinine. — *Soir*. P. 120, petit. T. 36°,6. Julep kermès 0,30 centigr.

29 septembre. Beaucoup de toux. Les symptômes laryngés s'accroissent. Dyspnée très marquée avec tirage sus-sternal, l'inspiration se fait par saccades. On constate de plus que l'air arrive difficilement aux poumons, spécialement à droite, où le murmure vésiculaire fait défaut. Le larynx est douloureux à la pression. Aphonie presque complète. P. 100. T. 37°,6. Traitement : solution avec eau de laurier cerise, extrait de ratanhia, extrait d'opium pour toucher le larynx. Supprimer le sulfate de quinine. Potion de Tood, supprimer le kermès. — *Soir*. Toux rauque et fatigante. P. 140. T. 38°,2, le malade demande à manger, s'assied sur son lit. A minuit, il dort; sa respiration est bruyante. Sueurs profuses.

30 septembre. La dyspnée va croissant, même inspiration saccadée. Ventre encore sensible. Langue sèche. La faiblesse augmente, et l'intervention chirurgicale paraît devoir être prochaine. Même traitement. Le malade peut encore être alimenté, quoique le passage des liquides détermine de la douleur à la gorge. T. 37°,6. — *Soir*. La respiration est encore plus pénible que ce matin. Tirage sus-sternal et épigastrique. Face anxieuse. Voix faible, toux aphone. T. 38°. Nous allons voir le malade à plusieurs reprises dans la soirée.   3 heures du matin, M. Leclerc pratique la trachéotomie; l'opération est faite rapidement et avec une perte de sang insignifiante.

1^{er} Octobre. P. 136. La dyspnée n'a pas cédé complètement. La respiration est encore pénible. Le passage bruyant de l'air dans la canule rend l'auscultation très difficile. Le ventre est modérément douloureux, mais la faiblesse est ex-

trême. Le malade ne demande plus ni aliments ni boissons; la langue n'est pas très sèche. Infusion de café 200 gr. Extrait de quinquina 4 gr.

Mort à 2 heures de l'après-midi.

AUTOPSIE. Pas de lésions de la *langue*, ni de l'*œsophage*. L'*estomac* présente quelques ecchymoses au niveau de la petite courbure.

L'*intestin grêle* n'offre de lésions que dans la dernière portion. Outre un assez grand nombre de follicules clos isolés tuméfiés, on voit les cinq ou six dernières plaques de Peyer légèrement saillantes et ulcérées, soit sur toute leur étendue, soit sur un ou deux points de leur surface. Ces ulcérations ont des bords inégaux, déchiquetés, mais sans tuméfaction considérable; leur fond est un peu rugueux. Quelques ulcérations sont disséminées sur les follicules isolés de l'intestin grêle, sur la valvule iléo-cœcale, dans le cœcum et le colon ascendant, rien dans l'appendice.

Les ganglions mésentériques ont notablement augmenté de volume.

La *rate* n'a que 14 centimètres de longueur; elle est molle et friable.

Les *reins* sont congestionnés ainsi que le *foie*; la vésicule contient de la bile filante.

Le *cœur* présente à la pointe du ventricule gauche une plaque fibrineuse saillante et molle. Très peu de liquide dans le péricarde. Le cœur n'est pas mou comme dans les cas de myocardite intense. A la coupe des parois, on constate une teinte grisâtre du muscle mais sans aspect granuleux. Quelques caillots mous dans le ventricule droit.

Le *poumon* droit a le lobe supérieur faiblement adhérent à la paroi costale avec de l'emphysème du bord antérieur. Lobe moyen également emphysémateux, lobe inférieur dense, gorgé de sang, fortement congestionné, quelques parties vont au fond de l'eau.

Même lésion au poumon gauche dont le tissu cependant surnage, même quand on choisit les lobules de la base.

Le *larynx* ne présente extérieurement aucune lésion appréciable; il n'y a pas de fusée purulente sous les muscles.

Quand on l'incise sur la ligne médiane, en arrière, on constate que toute sa surface est recouverte d'une fausse membrane qui respecte l'épiglotte, mais qui se prolonge dans la trachée, jusqu'au cinquième anneau. Cette fausse membrane est blanche, assez épaisse, résistante, peu adhérente à la muqueuse dans la trachée et au-dessous des

cordes vocales, mais plus difficile à détacher au niveau de la corde vocale inférieure et dans les parties sus-jacentes. elle se termine brusquement en bas par un bord sinueux, tandis qu'en haut sa limite supérieure n'est pas nette, elle se perd sur l'épiglotte et sur les replis. Pas de fausse membrane dans les bronches.

Les deux côtés du larynx sont inégalement lésés. A gauche, il existe simplement de l'épaississement des cordes vocales et du repli aryténo-épiglottique, tandis qu'à droite les tissus ont subi une destruction profonde. L'ulcération a porté sur la région aryténoïdienne; à la place et en avant du cartilage arytenoïde droit, dont on ne retrouve aucune trace, existe une petite excavation, capable d'admettre un haricot, à bords inégaux et déchiquetés, à fond grisâtre et friable, creusée en partie aux dépens des cordes vocales et du ventricule du larynx, limitées en arrière par le cartilage cricoïde et dont le fond n'atteint pas la face du thyroïde, protégée par des parties molles. Le repli aryténo-épiglottique est considérablement épaissi. Nulle part on ne trouve d'autre ulcération, ni sur l'épiglotte, ni dans la trachée, ni dans les bronches.

Examen histologique. En dissociant la fausse membrane, on constate qu'elle est constituée par de la fibrine et de nombreuses cellules arrondies, de dimensions variables, mais il est plus intéressant de l'examiner dans ses rapports avec les tissus qu'elle recouvre, sur des coupes faites après durcissement dans le liquide de Muller, la gomme et l'alcool.

Les travées fibrineuses épaisses et résistantes qui constituent la charpente de la membrane s'implantent sur la membrane basale dans les points où la muqueuse n'a pas entièrement disparu, soit sur le tissu conjonctif sous-muqueux dans les parties où la destruction a été plus complète. Ces travées donnent attache à un grand nombre de fibrilles délicates qui traversent les aréoles circonscrites par elles. Dans les aréoles se trouvent les cellules; les éléments cellulaires sont pour la plupart arrondis; quelques-uns cependant sont fusiformes et même, dans les parties profondes, ils peuvent avoir conservé la forme de l'épithélium cylindrique. Leurs dimensions sont variables, le plus souvent fort petites, quelquefois volumineuses avec un noyau et un nucléole distincts et pouvant alors occuper à elles seules la totalité d'une aréole.

Au-dessous de la fausse membrane, la couche sous-muqueuse a subi une dégénérescence fibrineuse comme dans la *diphthérie vraie* des auteurs allemands. Cette couche, re-

connaissable par sa densité, par sa trame conjonctive, par la présence de vaisseaux qui la parcourent et impossible à confondre avec la fausse membrane elle-même, est parcourue par un réseau fibrineux analogue dans une certaine mesure à celui que nous décrivions tout à l'heure, formant des aréoles qui contiennent des cellules du pus et des globules rouges en grand nombre. Les vaisseaux y sont considérablement dilatés comme dans toute l'épaisseur des parties molles, et ce qui frappe sur l'ensemble des coupes, c'est le grand nombre de globules rouges, extravasés et répandus au milieu de tous les éléments du larynx. Les vaisseaux ont des parois épaissies et sont entourés de zones embryonnaires ; ils contiennent des globules et des masses fibrineuses.

Les couches musculaires sous-jacentes, infiltrées de globules rouges, présentent sur bien des points des lésions inflammatoires, multiplication des noyaux, dégénération granulo-graisseuse.

Les glandes sont aussi manifestement enflammées, leurs cellules prolifèrent, on trouve dans les acini des détritits cellulaires, des globules blancs ; autour d'eux des zones d'éléments embryonnaires. Les lésions glandulaires sont remarquables surtout dans le ventricule du larynx où les conduits sécréteurs sont considérablement dilatés. Nos coupes ont porté par les différentes portions du larynx, cordes vocales et ventricule, parties sous-glottiques. Au fond de l'ulcération, se retrouvent encore des débris de fausse membrane et au-dessous un tissu fortement injecté de sang et infiltré de globules blancs. Les cartilages sont restés sains.

Notons encore dans la fausse membrane des microbes qu'on peut voir à l'aide d'un fort grossissement, en regardant les points les plus minces ou les bords des préparations, ces éléments ne forment nulle part de boules arrondies comme celles qui sont figurées dans l'anatomie pathologique de Klebs, mais sont disséminées au milieu des cellules et dans le réseau fibrineux. On n'en trouve pas dans les cartilages.

5. Endocardite végétante aigüe à forme infectieuse ; par H. STACKLER, interne des hôpitaux.

X...., âgée de 23 ans, est entrée le 3 septembre 1880, à la salle Couverchel, n° 12, service de M. le Dr HALLOPEAU, hôpital Tenon, pour une violente douleur du genou droit, et pour des phénomènes généraux inflammatoires graves.

Elle avait toujours été, jusqu'ici, d'une bonne santé; elle n'accuse aucun antécédent rhumatismal. C'est depuis 15 jours, environ, qu'elle souffre dans le genou droit.—Il y a 3 jours, elle a eu ses règles, mais celles-ci qui, d'habitude, sont abondantes et durent 4 ou 5 jours, n'ont donné lieu qu'à un faible suintement de sang et se sont arrêtées brusquement le deuxième jour. Depuis 4 jours, elle se plaint d'une céphalalgie grave, qui ne fait qu'augmenter; elle est abattue, éprouve des frissons.

3 septembre. A son entrée à l'hôpital, nous lui trouvons une température de 40°, pouls 120, langue blanche, rouge au bord, perte d'appétit, faciès typhoïde, (il y a plusieurs cas de fièvre typhoïde dans nos salles) pas de douleur de la fosse iliaque droite, pas de taches, gêne au niveau de la région précordiale, sensation de serrement, souffle léger à la base et au 1^{er} temps, nuage d'albumine dans les urines. Les jours suivants, cet état persiste. Le souffle de la base et au 1^{er} temps devient rude.

5 septembre. Le diagnostic d'endocardite infectieuse, que M. Hallopeau, posait avec quelques réserves dès le jour d'entrée de la malade, est affirmé par lui aujourd'hui. — Ce diagnostic est basé sur le signe fourni par l'auscultation du cœur, et sur les phénomènes généraux typhoïdes, infectieux avec absence de la plupart des signes de la dothiérien-térie.— Trait. : vésicatoire sur la région précordiale; teinture de digitale.

15 septembre. L'état infectieux persiste; la malade accuse, comme dès les premiers jours, de petits frissons assez fréquemment répétés, la température oscille depuis 12 jours, entre un minimum 38°,7 et 40°,2 maximum. Le sulfate de quinine (1^g50) et le salicylate de soude n'ont paru influencer la marche de la température que d'une façon légère et très-irrégulière. L'appétit est nul, la malade a maigri, la pâleur du visage augmente. — Insomnie, céphalalgie. Douleur précordiale vive, fréquente. — Le souffle persiste à la base, il est rude, prolongé. On l'entend également à la pointe, mais il y est moins intense.

28 septembre. Deux vomissements alimentaires dans la journée, la malade ne prend plus que du bouillon, du lait, de l'eau vineuse. T. A. 38°,6; P. 100, petit. Douleur lombaire des deux côtés.

5 octobre. Vomissements bilieux répétés. Abattement extrême.

6 octobre. Agitation, délire.

7 octobre. Mort.

AUTOPSIE. Poumons. Fortement congestionnés, pas

d'embolie.—*Rate*, infarctus récent, rate presque doublée de volume.—*Rein droit*: infarctus jaunâtre. *Rein gauche*: 3 infarctus, l'un d'eux volumineux, jaunâtre, de coupe triangulaire, à base tournée vers la périphérie, entouré d'une zone inflammatoire, rouge, d'un millimètre d'épaisseur. Nous trouvons dans l'artère correspondante un caillot blanchâtre, grenu, adhérent à la paroi, qui oblitère complètement le calibre du vaisseau.

Intestins. En plusieurs points de la deuxième portion de l'intestin grêle, on voit des taches ecchymotiques d'un brun foncé, de 1 millimètre de diamètre environ. Les glandes de l'intestin, dans cette même partie et jusqu'à la terminaison de l'intestin grêle, sont saillantes, hypertrophiées.

Cœur, 268 gr. Valvule mitrale; en deux points, au niveau de la valvule, et du côté de la face auriculaire, se trouvent de petites saillies molles, d'un gris jaunâtre; à côté de l'une d'elles, est une surface d'un rouge foncé, arrondie, de $\frac{1}{2}$ millimètre de diamètre environ, très légèrement creusée au centre, d'aspect lissé, ne contenant ni pus, ni substance granuleuse.

Orifice aortique. Au niveau du bord libre des valvules aortiques, empiétant sur la face ventriculaire, mais surtout du côté de la face aortique, se trouvent des végétations verruqueuses plus ou moins molles, s'émiettant facilement. La cavité de la valvule moyenne est presque entièrement remplie par ce tissu de nouvelle formation. Là, ces végétations sont agglomérées, forment une seule et même masse, d'un blanc jaunâtre; la valvule correspondante est déchirée près de son bord latéral droit. Il n'existe point d'ulcérations; les cordages, les parois du cœur, les muscles papillaires, paraissent sains.

La *valvule tricuspidé*, du côté de l'oreillette droite, nous offre une série de petites tumeurs verruqueuses, analogues, dures et blanchâtres; elles sont fixées sur le bord adhérent de la valvule, distantes les unes des autres, de 1 mill. à 1 mill. et demi; leur ensemble constitue sur le pourtour de ce bord, comme une couronne.

Les *méninges* sont congestionnées. *Cerveau*, rien à signaler.

En résumé: endocardite rhumatismale, végétante, à forme infectieuse, avec infarctus des reins et de la rate. La douleur du genou droit est apparue la première. L'état typhoïde, infectieux, ne serait survenu, qu'au moment de l'entrée à l'hôpital, c'est-à-dire plus tard. Evolution en un mois environ.

6. Persistance du trou de Botal.— Congestion pulmonaire ;
par E. DESNOS, interne des hôpitaux.

D... Théophile, âgé de 40 ans, scieur à la mécanique, entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. DUJARDIN-BEAUMETZ, le 4 octobre 1880. Il tousse depuis quelques jours, accuse un point de côté à droite, une fièvre constante qui a été précédée d'un frisson violent. Dans ses antécédents morbides, on retrouve plusieurs affections pulmonaires, surtout à un âge peu avancé, différant de nature et de gravité, mais qui, toutes, ont eu, comme caractère commun de provoquer une dyspnée intense dès le début. Depuis plus de dix ans, il n'avait fait aucune maladie, quand, il y a six mois environ, il fut pris de douleurs articulaires à caractère aigu et fébrile qui exigèrent un séjour de six semaines environ à l'hôpital. Sorti incomplètement guéri, il ne cessa d'accuser depuis ce temps une oppression considérable au moindre effort un peu prolongé. Les douleurs articulaires n'ont pas entièrement disparu et la première est encore douloureuse en certains points.

Il y a cinq jours, il s'est exposé à un courant d'air étant couvert de sueur. Quelques heures après, il fut pris d'un frisson brusque, puis, au bout de peu de temps, d'un point de côté violent; l'inappétence fut d'emblée absolue, la soif vive, la fièvre persista avec la même élévation qu'au début. Mais l'oppression acquit dès le second jour une grande intensité qui n'a pas diminué jusqu'au jour où nous retrouvons le malade à l'hôpital.

Etat actuel. Oppression considérable; malade dans l'orthopnée, le tronc et les bras en avant; mouvements respiratoires fréquents, peu profonds, 32 par minute. Face cyanosée, conjonctives injectées, lèvres bleuâtres. L'examen du thorax donnent les renseignements suivants : Percussion, matité assez étendue à droite, totale en bas et en arrière; à gauche, sonorité diminuée. Auscultation : nombreux râles sous-crépitaux dans toute la hauteur du poumon droit, surtout en arrière; à gauche, respiration peu profonde, le murmure s'entend mal; quelques râles sibilants en avant; en arrière, surtout à la partie inférieure, gros râles crépitants. La toux est quinteuse, pénible, augmente la dyspnée et amène des crachats épais, visqueux, d'une teinte rouge-brique peu foncée.

Le pouls est rapide, dépressible, peu vibrant; la matité précordiale est un peu augmentée. L'auscultation, rendue difficile par les bruits pulmonaires, permet de constater l'existence d'un souffle au premier temps, à la pointe, doux,

aspiratif; ce bruit est mal limité à la pointe, couvre le premier bruit à la base. T. matin 39°; soir 40°,4.

6 octobre. Aggravation notable, dyspnée encore plus considérable, 38 respirations par minute; râles crépitants nombreux en arrière, à droite surtout. Il n'y a de souffle en aucun point. T. matin, 39°,6; soir, 40°,8.

7 octobre. Face cyanosée, dyspnée extrême, pouls insensible, un peu de délire cette nuit. Les symptômes pulmonaires sont les mêmes; l'étendue des râles un peu augmentée, ils occupent toute la hauteur du poulmon. T. M. 38°,2. S. 38°,6.

8 octobre. La dyspnée a persisté avec la même intensité. Le malade meurt à midi. La température, trois heures avant la mort, était tombée à 36°,8.

AUTOPSIE. Très petite quantité de liquide citrin dans la plèvre gauche, quelques adhérences pleurales à droite. Congestion pulmonaire très vive surtout à droite, poulmon rouge noirâtre, tissu friable, laissant suinter du sang presque pur par la pression, surnageant dans l'eau; il n'y a d'hépatisation en aucun point.

Péricarde. Contient une quantité notable de liquide citrin: — Cœur. Volume un peu accru; le cœur droit offre une dilatation manifeste. La valvule mitrale est insuffisante: elle présente un épaississement de son bord libre et un peu de rétraction tendineuse. La cloison interauriculaire offre la disposition suivante: l'anneau de Vieussens, de dimensions normales, paraît obturé sur tous ses points vu par l'oreillette droite; mais, en suivant sa circonférence, on remarque à la partie antéro-inférieure, que l'endocarde se laisse déprimer et se dispose en forme de valvule dont le bord libre flotte dans l'oreillette gauche. Ce bord libre dépasse d'un millimètre à peine le bord de l'anneau de Vieussens et il suffit d'une légère traction sur la cloison interauriculaire pour rendre la communication manifeste. Celle-ci consiste donc en une fente de 6 millimètres de longueur circonscrite par deux bords semi-lunaires à courbure concentrique dont l'un, assez épais, est constitué par l'anneau même, l'autre par un repli très mince de la séreuse. Ce repli est appréciable à première vue du côté de l'oreillette gauche. Un liquide injecté par cette oreillette ne passe que goutte à goutte à travers la cloison. L'écoulement est rapide et immédiat si la pression du liquide s'exerce sur l'autre face de la cloison.

7. Médiastino-péricardite calleuse; par DESNOS, interne des hôpitaux.

Le 14 juin 1880, entre à l'hôpital St.-Antoine, dans le service de M^r DUJARDIN-BEAUMETZ, le nommé K... Jacob, âgé de 20 ans, briquetier. C'est un garçon d'une forte constitution qui se plaint d'une oppression considérable depuis quelques jours, et d'un gonflement des membres inférieurs. Il est difficile d'établir à quelle époque a commencé l'affection dont il se plaint. Dans son enfance, il ne paraît pas avoir offert de manifestations strumeuses, il aurait eu la rougeole à huit ans. Plus tard, vers 15 ans, il a eu des douleurs articulaires à plusieurs reprises, et, deux ans après, il ressentit des palpitations, mais elles survenaient seulement après un effort prolongé. Pendant quelques mois, les battements de cœur cessèrent, puis ils reprirent un an après avec une nouvelle intensité. Dès lors, s'établit l'affection dont il se plaint aujourd'hui. Tout effort énergique lui est interdit; une course, une marche un peu longue est impossible, des palpitations, variables de violence et de force, rendent le sommeil difficile. Depuis deux ans, ces symptômes augmentèrent progressivement; enfin, il y a quelques mois, des douleurs précordiales tantôt très-intenses, consistant dans d'autres moments en une simple gêne apportée à la respiration, apparaissent à intervalles irréguliers.

Etat actuel. Faciès ne présentant à signaler d'autre particularité qu'une teinte ictérique très prononcée, surtout aux conjonctives et à la face inférieure de la langue. Un œdème considérable occupe les membres inférieurs et le scrotum; on en retrouve des traces à la paroi abdominale, surtout inférieurement. L'abdomen ne présente pas trace d'ascite. Le foie, douloureux à la percussion, est augmenté de volume et descend à 6 centimètres au-dessous des côtes au niveau de la ligne axillaire; ses limites supérieures sont normales.

Les parois thoraciques sont un peu œdématisées à la partie postérieure. Le thorax paraît avoir subi une ampliation en totalité. Le sonorité y est normale, excepté aux bases en arrière où existe une submatité légère. En ce point, l'auscultation révèle une diminution du murmure vésiculaire, et, un peu au-dessus, l'existence de râles sibilants disséminés. La région précordiale est le siège de modifications pathologiques importantes. A la vue, cette région paraît un peu soulevée en masse, et chaque contraction

cardiaque exagère le soulèvement des espaces intercostaux. La main, appliquée à ce niveau, perçoit un frémissement prolongé qui varie d'intensité suivant les battements cardiaques. Ce frémissement, qu'on perçoit sur toute la région, offre tous les caractères du frémissement cataire et a son maximum dans le 3^e espace ; il est indépendant d'un frottement plus rude, localisé dans un petit espace situé dans le 2^e espace, près du sternum. La percussion dénote un accroissement de l'étendue de la matité cardiaque, suivant tous les diamètres du cœur ; à la partie inférieure, cette matité est presque absolue ; à gauche, elle dépasse de 3 centim. le mamelon. A droite, elle existe sur les deux tiers inférieurs du sternum et s'étend à droite de cet os à partir du 4^e espace. Elle se confond alors avec la matité hépatique.

Des souffles multiples existent aux différents orifices ; au foyer aortique, souffle peu intense au 1^{er} temps ; 2^e bruit à peu près normal ; à la pointe, double souffle systolique et présystolique rude, se prolongeant vers les régions axillaires. De plus, on entend au niveau du 2^e espace, sous le sternum et en dehors de lui, un frottement rude, nettement limité et produisant exactement le bruit du cuir neuf. En dehors, près du mamelon, un bruit de frottement plus doux, également très limité.

Les battements du cœur sont très irréguliers, tant dans leur rythme que dans leur intensité. Tantôt on entend une série de battements tumultueux, précipités, suivis d'une absence plus ou moins prolongée de contractions cardiaques, tantôt une série de systoles normales et régulières.

Le pouls radial est plein mais dépressible, on retrouve les intermittences signalées plus haut, et, pendant les contractions les plus précipitées, une ou plusieurs pulsations manquent. Mais, en outre, pendant les contractions les plus régulières, il y a aussi, à intervalles plus ou moins rapprochés, absence complète de pouls pendant une systole cardiaque, quelquefois deux ou trois consécutives. Nous avons constaté que chaque fois que le pouls disparaissait, ils se produisait, au niveau du 2^e espace intercostal, une dépression légère et très limitée près du bord gauche du sternum.

Le pouls des crurales est normal ; aux jugulaires, le pouls veineux est appréciable souvent à la vue et toujours quand on comprime la veine.

10 *Juin*. L'état général est mauvais. Dyspnée presque continue, avec redoublement vespéral, sensation d'étouffement avec contraction laryngienne, survenant tantôt

brusquement, tantôt lentement et durant alors plusieurs minutes. Mêmes signes physiques.

15 *Juillet*. Légère amélioration, la dyspnée diminue. — Le malade se lève quelques heures. Mêmes intermittences du pouls. Les frottements péricardiques ont un peu augmenté d'étendue; douleurs précordiales très vives.

1^{er} *Septembre*. État général grave, dyspnée extrême, douleurs thoraciques très vives. Mêmes souffles cardiaques; de plus, souffle xyphoïdien très net; les absences du pouls sont plus fréquentes; chaque fois qu'elles se produisent, le malade accuse une sensation d'oppression plus considérable. La dépression signalée dans la partie thoracique est moins accusée qu'au début.

20 *Septembre*. Après une amélioration de quelques jours, l'état du malade a empiré subitement. Les bruits péricardiques ont augmenté d'intensité, ils occupent toute la région précordiale.

25 *Septembre*. Le malade est en asystolie; délire calme. Œdème considérable des membres inférieurs.

28 *Septembre*. Coma, auscultation impossible.

1^{er} *Octobre*. Mort.

AUTOPSIE. A l'ouverture du thorax, dans la plèvre, grande quantité de sérosité limpide. A droite, peu d'adhérences pleurales; à gauche, adhérences peu abondantes et peu serrées en arrière, d'autant plus épaisses qu'on s'approche davantage du péricarde.

Poumons. Congestion très vive des deux côtés, dans toute la hauteur, mais surtout aux bases, en arrière. Raréfaction du tissu en quelques points.

Médiastin antérieur. En soulevant dans toute sa hauteur le sternum, on le sent fixé par une masse de tissu fibreux très dense qui s'insère sur sa face postérieure. Au-dessous, on voit une masse irrégulière ayant envahi tout le péricarde qui est méconnaissable. Cette masse s'étend du haut jusqu'à la partie moyenne de la crosse de l'aorte qu'elle enveloppe; sur les côtés, elle fait saillie en avant des poumons; adhérentes aux plèvres et aux poumons. Développée surtout à la partie inférieure, elle est hérissée de saillies mamelonnées de dimensions variables, plus volumineuses à la partie inférieure, adhérentes au sternum en avant, et, dans les cavités pleurales où elles sont libres, se présentant sous forme de franges. Cette masse occupe tout le péricarde, dont elle a conservé à peu près la forme; elle est formée de tissu fibreux dense et résistant à la coupe. Les parois du péricarde ainsi épaissi acquièrent une épaisseur qui varie de 8 millimètres au niveau de la crosse de l'aorte, à un centimètre et demi

vers la base. La cavité péricardique ne renferme pas de liquide; elle est tapissée dans la moitié de son étendue à peu près de fausses membranes, épaisses, résistantes, analogues aux franges extra-péricardiques. Au niveau de la base du cœur et sur la portion aortique, ces adhérences sont presque continues, fixant ainsi directement les gros vaisseaux à la paroi thoracique antérieure. — La paroi postérieure du péricarde également épaissie ne présente que peu de franges au dehors, et les adhérences qui l'unissent au cœur sont moins étendues et moins résistantes.

Le cœur a augmenté de volume. — Le cœur droit est dilaté, ses parois ont leur épaisseur normale. L'hypertrophie des parois du ventricule gauche est assez considérable; tous les orifices sont insuffisants. — A droite, l'orifice pulmonaire présente un épaississement irrégulier sur le bord libre des valvules; les bords libres sont peu épaissis. — La valvule mitrale a disparu, remplacée par un anneau fibreux très dur, calcifié, laissant à peine passer l'index, hérissé de saillies complètement immobiles; l'insertion des piliers du cœur fait deviner la place des valves. Cette incrustation calcaire se propage jusqu'à l'orifice aortique dont les valvules insuffisantes sont chargées de productions fibreuses peu calcifiées, sur leur face inférieure.

L'aorte ne présente de dépôts athéromateux sur aucun point; à trois centimètres de son origine, se trouve une dilatation assez considérable, c'est le point où elle est fixée au sternum par les adhérences péricardiques.

Foie. Très volumineux, hypertrophie en masse, rien d'appréciable à la surface; à la coupe, présente l'aspect du foie muscade.

Reins. Congestion vive, capsule très adhérente, injection considérable de la substance corticale, où l'on voit, tant à la surface qu'à la coupe, de petits foyers hémorrhagiques.

Encéphale. Grande quantité de sérosité dans les ventricules qui sont distendus, dilatés; et, à la périphérie, les circonvolutions sont aplaties, la pie mère se détache difficilement; les sinus sont gorgés de sang.

8. Pierre volumineuse; — taille hypogastrique; par BROUSSIN, interne des hôpitaux.

Le nommé Bidar, âgé de 61 ans, entra le 21 septembre 1880 pour des troubles urinaires dans le service de M. le professeur GUYON, suppléé à cette époque par M. Ch. MONOD, salle Saint-Vincent, lit n° 23.

Le malade fait remonter sa maladie à 6 ans ; à cette époque, au milieu d'un bal, il fut pris d'une douleur très violente dans le bas-ventre. Cette douleur dura plusieurs jours puis diminua, mais ne disparut jamais complètement ; elle était continuelle et notablement augmentée par la marche ou par les cahots de voiture. De temps à autre, le malade urinait du sang, surtout après les fatigues et la marche. Depuis deux ans, le malade a de fréquentes envies d'uriner et ses urines sont troubles.

A son entrée, il nous dit souffrir en urinant, avoir de fréquentes envies d'uriner. Les urines sont chargées de mucosités, et, au fond du vase, on observe un dépôt abondant. Son état général est satisfaisant, il dit qu'il a maigri, mais son embonpoint est encore considérable.

26 septembre. M. Monod explora la vessie du malade, après l'avoir laissé reposer quelques jours. L'introduction de la sonde d'argent présenta quelques difficultés et l'urèthre saigna légèrement. La vessie étant très contractile, son exploration fut assez difficile, cependant, on put reconnaître un volumineux calcul qui semblait faire corps avec la prostate. On ne put le mesurer, mais il parut remplir en partie la cavité vésicale. Par le toucher rectal, on sentait une grosse tumeur régulière, dure, située en arrière de la prostate et semblant se continuer avec elle et à laquelle il était impossible d'imprimer des mouvements. Le palper abdominal, vu l'embonpoint considérable du malade, ne permettait pas de sentir la tumeur. Le malade étant sorti, fut pris dans la journée d'un accès de fièvre assez violent qui fut suivi de sueurs abondantes.

27 septembre. Le lendemain matin la fièvre était tombée.

28 septembre. M. Monod recommença son exploration, mais, au préalable, il injecta de l'acide borique dans la vessie qui n'en accepta que 40 à 50 grammes environ. L'introduction de la sonde fut comme la première fois assez difficile et fit saigner l'urèthre. L'injection dans la vessie rendit son exploration plus facile et permit de constater 7 centimètres de contact. Par le rectum, on sentait toujours la même tumeur occupant le bas-fond de la vessie et à laquelle on ne put toujours pas communiquer de mouvements, en combinant le palper abdominal et le toucher rectal. Le volume considérable de la pierre étant bien constaté et rendant la taille périnéale bien difficile, M. Monod décida de faire la taille hypogastrique.

30 septembre. Le malade ayant été assez facilement endormi, on introduisit avec quelque difficulté une sonde en argent à grande courbure munie d'une rainure sur sa

concavité et faite sur les indications de M. Ch. Monod. Par cette sonde, on injecta environ 40 à 50 grammes de solution borique dans la vessie.

Puis, M. Monod fit une incision, en suivant la ligne médiane à la paroi abdominale sur une longueur de 10 centimètres à partir du bord supérieur du pubis, et comprenant toute la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée qui était très épaisse. L'aponévrose fut incisée avec l'aponévrotome; et les muscles droits étant maintenus écartés, le tissu cellulaire prévésical fut déchiré avec la sonde cannelée et un aide protégea le cul-de-sac du péritoine et les intestins en plaçant son doigt dans l'angle supérieur de la plaie. La vessie faisant peu de saillie, on tenta d'injecter une nouvelle quantité d'acide borique; mais ce fut en vain. La sonde manœuvrait également avec difficulté dans la cavité vésicale et on ne put la faire saillir à travers la plaie. M. Monod dut inciser la vessie sur la pierre même, que l'on sentait très bien. Incision de 5 centimètres, puis il fit maintenir l'angle supérieur de la plaie par un aide, et en écartant les bords, il aperçut un calcul énorme occupant presque toute la cavité vésicale. Après quelques tractions assez pénibles, il fut extrait avec les tenettes forceps, dont on dut introduire successivement les deux branches. Pendant l'extraction, la vessie fut légèrement déchirée à l'angle inférieur, sur le côté droit. La muqueuse apparut rouge, plissée; mais les parois vésicales étaient peu épaisses, et il s'écoula peu de sang. M. Monod fit maintenir l'angle supérieur de la plaie vésicale au moyen du gorgeret suspenseur et plaça sur la vessie six points de suture (suture de Lembert), à la soie phéniquée fine. Une injection abondante faisait seulement suinter quelques gouttes de liquide par la plaie. La partie moyenne de la plaie est maintenue avec trois points de suture profonde, l'angle supérieur est maintenu avec un point de suture superficielle et l'angle inférieur est laissé béant sur une longueur de 3 centimètres environ, et, par lui sortent tous les fils des points de suture de la vessie qui font office de drain pour le fond de la plaie. On plaça à demeure une sonde à bout coupé, et on fit un pansement de Lister. L'opération dura une heure et demie. La sonde à demeure fonctionna bien toute la journée, elle faisait seulement un peu souffrir le malade. T. S. 39°, 1.

Le calcul est énorme, il a une forme conique aplatie, la grosse extrémité représente assez bien le bas-fond de la vessie sur lequel il semble s'être moulé. La face antérieure porte les traces du bistouri. Pierre dure, poids: frais 346 grammes, sec 312; dimensions: longueur, 9 centimètres;

largeur, 7 cent., 5 millim. ; épaisseur, 5 cent. 8 millimètres.

1^{er} octobre. La sonde a bien marché, la nuit a été assez bonne, et le malade à un peu dormi, dans la nuit il a pris un peu de bouillon. T. 39°,4. Le pansement est refait, la plaie a bonne apparence, peu d'écoulement. Le ventre est complètement indolore.— Le soir, le malade a une soif très vive, la langue est sèche, on refait le pansement. T. 38°,8.

2 octobre. Ce jour-là l'état du malade est à peu près le même que la veille. La fièvre continue ; la langue est toujours sèche et la soif très vive, mais la plaie a moins bonne apparence ; autour des fils, il s'écoule un liquide noirâtre. La sonde marche toujours bien. Le pansement est refait le matin et le soir. Le malade est purgé avec deux verres d'eau de sedlitz. T. M. 39°. T. S. 39°,5.

Dans la soirée, le ventre est un peu douloureux dans la fosse iliaque droite, mais la douleur est très légère et bien localisée et ne ressemble en rien à celle de la péritonite.

3 octobre. Le lendemain, l'état du malade est toujours grave. L'écoulement noirâtre est plus abondant. M. Monod enlève deux points de suture profonds. La cicatrisation ne s'est point faite et les lèvres de la plaie sont tapissées d'un enduit analogue à l'écoulement. Les fils de soie tiennent bien. La sonde fonctionne, mais l'urine change d'aspect et devient noirâtre, de plus, le malade souffre beaucoup d'une uréthrite intense. L'état général s'aggrave également, la fièvre augmente (40°), la respiration s'accélère et la face prend une teinte subictérique.

4 octobre. Le lendemain, la situation s'aggrave encore, la plaie a le même aspect. La fièvre est toujours vive. Des mucosités abondantes ont obturé la sonde dans la soirée. La sonde est retirée, et remplacée par une sonde béquille. Les urines sont noires. Le ventre est toujours un peu douloureux dans la fosse iliaque droite.

5 octobre. L'état général est très mauvais, la teinte ictérique augmente, et le malade succombe le lendemain dans le coma.

L'autopsie n'a pu être faite.

Séance du 22 octobre 1880.

PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

9. Tuberculose de la rate à forme spéciale; par SÉNÉ, interne provisoire des hôpitaux. Examen histologique par LÉLOIR, interne des hôpitaux.

Le nommé X..., entre en février 1880, dans le service de M. DESNOS, à la Charité, pour une pleurésie. La résolution ne se faisant pas, le malade se cachectise et commence à tousser. Durant le mois qui a précédé la mort, des épistaxis, mais peu abondantes, ont été accompagnées de purpura.

AUTOPSIE. Les plèvres sont adhérentes des deux côtés; on trouve un peu de liquide contenu dans des aréoles.

Les *poumons* présentent des tubercules disséminés, non ramollis. L'*intestin* grêle est, dans sa portion terminale, couvert d'ulcérations tuberculeuses circulairement dirigées comme les vaisseaux.

Le *foie*, grassex et volumineux n'offre rien de spécial.

La *rate* est grosse, elle pèse 390 grammes, sa consistance est très ferme, sa coloration normale; le péritoine périsplénique est sain mais soulevé sur tout son trajet par une foule de nodules plus rouges et plus bruns que le reste de l'organe; ces nodules ont à peu près le volume d'un noyau de cerise, ils font comme nous venons de le dire, saillie sous le péritoine, et sont séparés par un intervalle égalant à peu près le diamètre de chaque granulation.

A la coupe de la rate on trouve qu'elle est farcie des mêmes nodules que ceux que l'on constate à la superficie; tous sont fermes, aucun n'est ramolli; à leur pourtour, la rate est très résistante, toute la masse semble nettement cirrhosée. Sur la même coupe, on voit deux ou trois points caséeux qui n'affectent aucun rapport avec les nodules que nous avons signalés.

A l'examen macroscopique de cette rate, on songea d'abord que l'on pourrait bien avoir affaire à des infarctus; on pensa également à une cirrhose rapide qui aurait lobulé l'organe.

Examen histologique. Des morceaux de rate, du

volume d'un centimètre cube environ, sont pris, soit à la superficie, soit dans les parties centrales et durcis d'après les procédés ordinaires. Des coupes minces, pratiquées en différents sens et colorées au picro-carmin ou au violet de méthylaniline ont permis de constater :

1° Que le tissu splénique qui entoure les noyaux bruns décrits dans l'examen macroscopique, est infiltré de tubercules à différents degrés d'évolution, affectant une forme plus ou moins ronde. Ces tubercules, confluent en certains points, se présentent sur des espaces assez considérables sous forme d'infiltration tuberculeuse diffuse. Ces masses tuberculeuses se distinguent facilement du tissu splénique ambiant par leur coloration plus foncée par le carmin. Les uns, jeunes, sont uniquement constitués par des amas, plus ou moins ronds, de cellules embryonnaires présentant ou non au centre une cellule géante ; les autres sont déjà atteints de dégénérescence caséuse ou colloïde ; à leur centre, ou entre ce centre caséux et la zone embryonnaire, se voient des cellules géantes ; quelques tubercules en contiennent une, d'autres quatre à cinq ; l'on distingue entre ces tubercules quelques rares tractus fibreux.

Mais, fait des plus importants, les vaisseaux sont atteints d'artérite tuberculeuse des plus nettes, les gros vaisseaux sont surtout atteints de périartérite ; ils sont entourés de véritables manchons de cellules embryonnaires qui infiltrent leur tunique externe ; leurs parois sont épaissies.

Sur les vaisseaux moyens et petits, ces masses de cellules embryonnaires englobant les vaisseaux rappellent, d'une façon frappante, les tubercules entourant les vaisseaux séminifères que M. Malassez a décrits dans la tuberculose du testicule, ou les tubercules exogènes décrits par M. Kiener dans la tuberculose des séreuses. L'on ne pourra nous objecter que ces masses de cellules embryonnaires, entourant les vaisseaux, ne sont autre chose que du tissu lymphatique de la rate (follicules spléniques). Car, d'une part, ces masses se rencontrent autour de vaisseaux trop volumineux ; d'autre part, elles sont irrégulières et non rondes, sur des coupes perpendiculaires des vaisseaux, comme devraient l'être des follicules spléniques. Mais, ces lésions tuberculeuses périvasculaires ont amené dans les vaisseaux des lésions importantes au point de vue de la compréhension des lésions macroscopiques observées dans la rate. On peut suivre en effet tous les degrés entre le début de l'endarterite et l'obstruction complète des vaisseaux par des masses colloïdes développées entre les endothéliums et leur membrane interne.

L'on voit facilement sur des coupes que les vaisseaux ainsi altérés présentent, en allant du dehors en dedans : 1° la périartérite tuberculeuse ; 2° les parois des vaisseaux plus ou moins altérées ; 3° la substance colloïde obstruant complètement la lumière du vaisseau, et, au centre de celle-ci, l'endothélium (phénomène important) absolument sain. On conçoit donc que cette obstruction des vaisseaux, due à une endartérite tuberculeuse, ait amené l'ischémie de certaines portions du tissu splénique et la nécrobiose de ces portions.

2° Ainsi se sont probablement formés ces noyaux d'aspect brun rougeâtre qui donnent à la rate un aspect si particulier. Il semble donc rationnel de croire que ces nodules sont de véritables infarctus. Ces nodules sont constitués histologiquement par des masses caséeuses ou colloïdes, des amas de cellules embryonnaires granulo-graisseuses. On rencontre encore dans les infarctus des cellules géantes, mais leur présence ne prouve pas absolument que l'on ait affaire ici à des tubercules vrais ; car on sait qu'il se produit autour des corps étrangers situés dans les tissus, des infarctus, etc., un travail de néoformation vasculaire qui peut être le point de départ de cellules géantes (voir le travail de M. Malassez sur les cellules géantes, *Archives de physiologie*, 1879). En un assez grand nombre de points, ces nodules présentent des amas considérables de globules rouges, de véritables points apoplectiques, qui peuvent expliquer leur couleur brun rougeâtre.

10. Epithélioma de la langue ; — noyaux secondaires dans le cœur ; par Ch. FÉRÉ, interne des hôpitaux.

Le nommé Fontaine, âgé de 64 ans, entre le 16 juin, salle Saint-André, n° 12, à l'hôpital Necker, service de M. Guyon.

Ce malade, grand fumeur, se plaint d'une ulcération de la langue qui existe, dit-il, depuis quelques mois. A son entrée, on observe une ulcération de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes environ, à fond jaunâtre irrégulièrement excavé, siégeant sur le bord gauche de la langue, à bords indurés. Cette induration s'étend sur une étendue assez considérable autour de l'ulcération, surtout en arrière, où on en sent cependant la limite. Du même côté, on sent un ganglion sous maxillaire volumineux, et, en passant son index sous le sterno-cléido-mastoidien, on sent également un chapelet de ganglions, moins gros mais durs. Ce malade souffrant pour avaler, M. Guyon se décida à lui enlever son épithélioma, malgré les ganglions.

Au commencement de juillet, l'opération fut pratiquée à l'aide du galvano-cautère. Deux grandes aiguilles furent placées en croix à une notable distance des bords indurés, et le fil du galvano-cautère fut placé derrière. Malgré le galvano-cautère il y eut une hémorrhagie de la linguale que l'on dut lier. Un tiers environ de la langue fut enlevé. Le malade alla assez bien les premiers jours et put s'alimenter; mais, loin de cicatriser, la plaie s'indura sur les bords, et les ganglions augmentèrent de volume notablement et commencèrent à le faire souffrir et lui donnèrent bientôt la même gêne de déglutition.

Dans les premiers jours d'août, M. Monod ayant remplacé M. Guyon, se décida à renouveler l'opération. Il limita l'induration avec deux grandes aiguilles et enleva la tumeur avec la chaîne de l'écraseur. Pendant qu'un aide faisait marcher l'instrument, M. Monod enleva le gros ganglion sous-maxillaire et un ou deux petits attendant au premier. Il n'y eut pas d'hémorrhagie, et cette fois il ne resta plus guère qu'un tiers d'organe.

Quelques jours après, le malade put s'alimenter un peu, il se trouvait soulagé; mais ni la plaie du cou ni celle de la langue ne marchaient vers la cicatrisation. Les bords de la plaie linguale s'indurèrent de nouveau et celle du cou s'ulcéra davantage.

C'est dans cet état qu'il partit à Vincennes, le 6 septembre.

Le 18 du même mois, il revint. La plaie du cou est cicatrisée, mais il y a un paquet ganglionnaire énorme et une ulcération de la langue étendue et indurée. La parole était très difficile et l'alimentation presque impossible, les liquides seuls pouvaient passer.

A partir du 1^{er} octobre, son état alla s'aggravant graduellement. La langue, réduite à un moignon dur, avait une grande tendance à se renverser en arrière; elle était ulcérée dans presque toute son étendue, au moins dans les parties accessibles à la vue; l'ulcération a même envahi le plancher de la bouche. Il s'écoule de toutes ces parties une sanie fétide qui rend infecte l'haleine du malade. Toute la moitié latérale du cou est déformée et tuméfiée par des paquets ganglionnaires. La déglutition est à peu près impossible, le patient ne peut faire pénétrer que quelques gouttes de liquide, la respiration est aussi très gênée. L'amaigrissement est considérable, le teint est livide. Le 6 octobre, il est pris d'un premier accès de suffocation après lequel la gêne respiratoire est restée plus considérable. Ces accès se sont répétés plusieurs fois par jour jusqu'à sa mort; et, à partir de

cette époque, il n'a pris à peu près aucune nourriture. Il a succombé le 25 octobre.

AUTOPSIE.—Toute la langue est envahie par le néoplasme; l'induration diffuse s'étend jusqu'au dessous de l'os hyoïde; à gauche, elle comprend la partie inférieure de l'amygdale; en avant, tout le plancher de la bouche est pris. Il y a sous le maxillaire trois ganglions, volumineux et durs comme des marrons; il y en a d'autres aussi gros et aussi durs sous le sterno-mastoidien; les ganglions dégénérés ne dépassent pas la limite inférieure du cou.

L'épiglotte n'est pas envahie, mais les repris arythéno-épiglottiques sont fortement œdématisés, surtout le droit, qui forme une tumeur globuleuse tremblottante comme de la gelée et qui a bien le volume d'une petite noisette; le gauche présente la même coloration, mais n'est guère que doublé d'épaisseur.

L'encéphale est sain, l'estomac, le pancréas, le foie, les reins, la prostate, la vessie n'offrent pas trace de généralisation. Les poumons sont également sains, sauf des traces de pleurésie ancienne.

Mais, dans le cœur, nous trouvons trois noyaux du volume d'un gros pois, l'un dans la paroi gauche du ventricule gauche, les deux autres dans la paroi antérieure du ventricule droit. Ces noyaux, assez consistants, sont constitués par de l'épithélioma atypique, qui peut cependant être rapproché de l'épithélioma pavimenteux qui formait la tumeur de la langue.

11. M. FÈRE présente encore une *bride épiploïque*, extrêmement mince, ayant déterminé la mort avec des symptômes d'étranglement incomplet, chez un sujet affaibli par une longue suppuration et sur lequel on a trouvé une congestion intense des deux poumons.

Séance du 29 Octobre 1880.

PRÉSIDENCE DE M. RENDU.

12. Ulcères multiples de l'estomac. — Perforation stomacale. — Péritonite suraiguë ; par Olivier LEUDET, externe des hôpitaux.

Le nommé Balu Aug., peintre, entre le 2 septembre 1880 dans le service de M. POTAIN.

Etat antérieur. Cet homme, âgé de 35 ans, est malade depuis 5 ans. Il a été au service militaire et en garnison à Vissembourg, a fait la guerre de 1870.

Il n'a jamais fait d'excès alcooliques, il n'avoue que quelques excès de bière. Sorti du service militaire, il a eu des accès de gastrite à plusieurs reprises. Ces accès étaient très douloureux. Il avait de grandes difficultés habituelles pour digérer ses aliments. De plus, cet état était accompagné de tympanisme, de pituite le matin et de vomissements glaireux.

Depuis un an, le malade a maigri prodigieusement, il a perdu considérablement ses forces. Il a pâli d'une façon remarquable. Les digestions sont toujours pénibles et s'accompagnent de crampes et de gastralgie. Il n'a jamais eu d'hématémèse et de méloëna, seulement des vomissements alimentaires survenant tous les 15 jours ou toutes les trois semaines.

Etat actuel. Le malade est d'une pâleur extrême, sa peau est décolorée ainsi que la muqueuse des lèvres et les conjonctives. Il a un affaiblissement extrême et généralisé.

Il ressent des douleurs internes de brûlure et de déchirure après ingestion des aliments. Cette douleur siège au creux épigastrique, qui est douloureux rien qu'à la simple pression. En arrière, au niveau de la 6^e à la 8^e vertèbre dorsale correspondante, se trouve un point douloureux (point de Cruveilhier). A certains moments, le malade est comme perforé d'avant en arrière comme par une broche. Il n'y a rien au poumon, ni au cœur, ni dans le système nerveux.

En présence de ces symptômes et malgré l'absence d'hématémèse, malgré l'absence d'antécédents alcooliques, on fait

le diagnostic d'ulcère simple de l'estomac. On met le malade au traitement du régime lacté exclusif.

Le malade reste dans le même état pendant trois semaines environ; de temps à autre, il a des crises gastriques douloureuses. A la fin, l'intolérance devient absolue et le lait est rendu par des vomissements.

Le 12 septembre, le malade est pris assez brusquement d'une douleur périombilicale accompagnée de frisson et de fièvre, de claquements de dents. La température du soir est de 39°,2. Le lendemain matin et pendant une semaine environ, le malade conserve un état fébrile très accentué.

La température varie de 38°,4 à 39°,2. Le malade est d'ailleurs dans un état d'abattement profond et de faiblesse extrême, il a des frissons erratiques. Le pouls est petit, très fréquent.

Dans les derniers jours, le ventre se ballonne et devient douloureux à la pression, un ou deux vomissements porracés. Le malade meurt d'affaiblissement progressif et avec tout l'ensemble caractéristique d'une péritonite suraiguë.

AUTOPSIE faite le 20 septembre 1880. — A l'ouverture, on trouve dans la cavité abdominale une péritonite caractérisée par des fausses membranes très résistantes, établissant des adhérences continues en nappe, entre la paroi abdominale antérieure l'épiploon et l'intestin. Les circonvolutions intestinales sont agglutinées entre elles et présentent de fines arborisations vasculaires.

Le péritoine contient 200 à 300 grammes de liquide d'aspect séro-fibrineux, mais, cependant, louche et plutôt légèrement purulent. Il est répandu également sur toutes les parties de l'intestin et n'est pas plus marqué dans les parties déclives.

Rien dans les poumons, ou dans les plèvres. — Le cœur est normal à l'inspection, l'estomac est distendu par les gaz. Il n'y a pas de duretés cancéreuses.

On trouve, en examinant attentivement la cavité stomacale, une large perte de substance, ayant la grandeur d'une pièce de cinq francs et au delà et admettant facilement les cinq doigts de la main. Cette perte de substance, arrondie, siège au niveau de la petite courbure, plus près du pylore et à la face postérieure.

Cette ouverture n'est point libre, mais présente des adhérences avec le mésocôlon transverse, adhérences solides constituées par des brides fibreuses et que l'on détache difficilement avec les doigts. Le fond de l'ulcère n'a d'autre paroi que la paroi intestinale qui est saine, non ulcérée et

ne présente pas de communications fistuleuses. Le bord circonférentiel de l'ulcération est épaissi, et, près de ce bord, se trouvent sur une certaine étendue, peu espacées l'une de l'autre, des ouvertures également circulaires, infiniment plus petites, qui ressemblent à des trous faits avec un emporte-pièce.

Ces pertes de substance sont alignées en chapelet. On dirait d'une véritable dentelle.

13. Fièvre intermittente rebelle (cachexie tellurique aiguë); — accès quotidiens, anémie considérable, pétéchies; — gangrène de l'amygdale droite; — hémorrhagies; — mort. — Splénite chronique; altérations du foie et des reins; nécrose de l'os hyoïde; par le Dr SOREL, médecin-major, à Sétif.

H.... Frédéric, chasseur au 4^e bataillon, âgé de 23 ans, dans sa 3^e année de service et d'Algérie, entre à l'hôpital de Sétif le 20 avril 1880, et meurt le 5 juin suivant.

Renseignements. Contracte la fièvre tellurique dans le poste d'Akbou, en septembre 1879; hospitalisé à Sétif, il est envoyé en congé de convalescence. En France, il reste sujet à quelques accès de temps à autre, mais, de retour en Algérie, au commencement d'avril 1880, ils redeviennent quotidiens et la fièvre ne quitte plus le malade qu'à sa mort.

A son entrée à l'hôpital, le 20 avril, H.... est anémié, son teint est olivâtre, le foie et la rate sont augmentés de volume.

Du 20 avril au 21 mai, accès quotidien naissant vers 11 heures, sans frissons, si bien que, malgré l'élévation considérable de la température dans l'après-midi, le malade en a peu conscience. L'accès prend fin dans la soirée et parfois amène la sudation.

Le sulfate de quinine employé à hautes doses, soit massives soit fractionnées, la poudre de quinquina, l'arsenic, le salicylate de soude, le bromure de potassium, les douches, administrés concurremment, en même temps que sont donnés des toniques alimentaires: café, alcool, vins divers, etc., tout échoue; les accès ne sont pas modifiés ni dans leur intensité, ni dans l'heure de leur apparition,

Le malade s'affaiblit, et, le 22 mai, survient une angine tonsillaire double; la fièvre prend dès lors le caractère rémittent qu'elle ne quittera plus.

Le 25, petite plaque gangréneuse sur chaque amygdale, et apparition de pétéchies aux membres inférieurs.

L'amygdale gauche s'élimine en partie et s'atrophie.

L'amygdale droite tombe en putrilage, en même temps, le 31 mai apparaît à droite, sous le menton, une petite tumeur semblable à un ganglion induré, elle augmente peu à peu, devient diffuse en arrière, et gêne l'acte de la déglutition, les mouvements d'élévation du larynx se trouvant limités et pénibles, de sorte que le malade ne peut plus absorber que des liquides.

4 juin. L'état général est plus mauvais, les pétéchies apparaissent au tronc et aux membres supérieurs; vers 3 h. de l'après-midi, hémorrhagie au niveau de la tonsille droite détruite entièrement. L'hémorrhagie n'est arrêtée que temporairement par la compression digitale faite par-dessus un bourdonnet de charpie imbibé de perchlorure de fer. A 6 h. du soir, M. Dieu, chirurgien en chef, consulté, établit une compression permanente au moyen d'une grande pince à mors plats garnis de liège, prenant point d'appui d'une part dans la fosse amygdalienne et de l'autre derrière la branche montante du maxillaire inférieur.

Vers 11 heures du soir, le malade arrache l'appareil dont la pression avait été cependant diminuée, l'hémorrhagie ne se reproduit pas, mais la peau est sèche, brûlante, l'affaiblissement considérable, un besoin invincible de sommeil se fait sentir bien qu'il ait déjà dormi malgré la présence de la pince à compression, et la mort par épuisement arrive le 4 juin, à 3 h. du matin.

AUTOPSIE le 6 juin.— Rigidité cadavérique, pétéchies sur le tronc et les membres, plus nombreuses aux membres inférieurs,

Les *poumons* sont sains, mais il existe un peu d'œdème et d'emphysème aux sommets et sur les bords libres; on rencontre quelques taches ecchymotiques sous-pleurales disséminées.

Le *cœur* contient un peu de sang noir diffus, son tissu est pâle; le péricarde renferme un peu de sérosité limpide. Il se trouve aussi, dans la cavité abdominale, huit cent grammes environ d'un liquide séreux et clair. — Le *foie* est augmenté de volume, il pèse 2 k. 850 gr. Sa consistance est normale, ainsi que sa coloration. Il est congestionné, et, bien qu'à la coupe sa surface de section soit lisse, il paraît granuleux par suite de la répartition du sang; les granulations sont purement optiques. La bile est normale.

La *rate*, doublée de volume, est dure au toucher, sa capsule est épaissie, surtout à son bord convexe supérieur, la

coupe montre un parenchyme congestionné et augmenté de consistance, mais sans sécheresse.

Les reins, pâles dans leur ensemble, sont congestionnés par places, surtout au niveau des pyramides.

Rien à noter du côté des autres organes. L'examen du cerveau n'a pas été fait.

Quant à ce qui concerne les lésions du pharynx et de la bouche, on trouve l'amygdale gauche atrophiée, la tonsille droite a disparu et a fait place à un liquide putrilagineux qui, se frayant un passage vers le plancher de la bouche, baigne l'os hyoïde, nécrosé à son contact, et reposant sur le muscle mylo-hyoïdien droit, forme un foyer qui donne lieu à la tumeur observée sous le menton.

Examen histologique fait par M. Laveran agrégé libre du Val-de-Grâce. — *Foie* : Congestion très-marquée, les mailles vasculaires sont dilatées et les trabécules formées par les cellules hépatiques animées; nombreuses cellules chargées de pigment, surtout le long des vaisseaux.

Rate. Péri-splénite, épaississement très marqué du péri-toine péri-splénique et de la rate. Parenchyme splénique: épaississement très marqué du tissu fibreux, autour des vaisseaux principalement; épaississement et transformation fibreuse du réticulum adénoïde au voisinage de la capsule, à ce niveau, les veines spléniques sont rétrécies; plus profondément, le réticulum adénoïde ne paraît pas altéré, mais il existe une forte congestion, les veines sont fortement distendues, les cloisons intermédiaires sont amincies ou même rompues. Nombreuses cellules chargées de pigment se trouvant presque toutes en dehors des vaisseaux.

Reins. L'épithélium des tubes contournés est tuméfié et granuleux.

Cœur. Pas d'altérations; fibres régulièrement striées.

RÉFLEXIONS. — Cette observation a beaucoup d'analogie avec celle qu'a rapporté M. Rendu, vice président de la Société anatomique, en février dernier. Il y a là une véritable cachexie aiguë placée sous la dépendance des lésions de l'appareil hépato-splénique, et, si, dans le cas présent, la mort a été causée par la gangrène des amygdales et l'hémorrhagie consécutive, il n'en est pas toujours ainsi. Je possède une autre observation où il y eût aussi gangrène des amygdales, mais, celles-ci éliminées, la mort n'eut lieu que six semaines plus tard, par le fait même de la fièvre et des altérations hépato-spléniques; ici, le sulfate de qui-

nine déplaçait l'heure des accès, mais sans les suspendre un seul jour. et, jusqu'au dernier moment, la fièvre débute par des frissons bien accusés.

Des cas analogues se rencontrent de temps à autre en Algérie, et en présence de l'insuccès avéré de la médication quinique, on peut se demander si la fièvre ne relèverait pas plutôt des altérations organiques du foie et de la rate et des troubles fonctionnels qui en résultent, que de l'action du miasme tellurique, bien que celui-ci ait été primitivement le générateur de ces altérations d'organe.

14. Kystes hydatiques du poumon droit et du foie indépendants, fistules biliaires en rapport avec le kyste du poumon.— Cachexie progressive entraînant la mort ; par le Dr SOREL, médecin-major, à Sétif (Alger).

J... Léon, âgé de 25 ans, employé au service d'un hôtel, entre à l'hôpital de Sétif le 21 octobre 1879 et meurt le 16 mars 1880.

Arrivant à Sétif à la fin du mois de janvier 1880, je trouve ce malade dans le service qui m'est confié. Les récits qu'il fait de ses antécédents sont confus, bizarres, et contradictoires ; il n'y a pas lieu d'en tenir compte. Cependant, notons qu'il vint en Algérie à l'âge de 5 ans, eut une santé toujours mauvaise, que, néanmoins, jugé apte au service militaire, il rejoignit le 1^{er} régiment de zouaves en août 1877 pour y passer l'année exigée des algériens par la loi, mais qu'il dut entrer presque aussitôt à l'hôpital, y resta plusieurs mois, et alla toujours depuis en déclinant.

Aujourd'hui, c'est un souffreteux à l'apparence grêle et chétive, ne se levant plus et miné par une expectoration dont je parlerai tout à l'heure, avec accompagnement d'accès quotidiens d'une fièvre à exacerbations vespérales.

Le thorax présente une voussure située à droite, en arrière et en bas ; à son niveau, matité presque absolue. vibrations thoraciques à peu de chose près abolies, murmure respiratoire éloigné, très affaibli. La poitrine, dans son ensemble, résonne mal et on y perçoit des râles humides disséminés.

Le foie est recouvert par les fausses côtes, sauf au-dessous du sternum où vient se prolonger le lobe gauche. On ne reconnaît aucune inégalité dans la région marquée par la matité hépatique, et on n'y rencontre aucun point fluctuant ou même simplement résistant. La pression est douloureuse au niveau de l'épigastre occupé par le lobe gauche du foie.

Le malade accuse en outre une douleur habituelle qui s'irradie le long du dos pour aboutir à l'épaule droite. Cette douleur s'exaspère par la compression du nerf phrénique derrière la clavicule, et pendant les efforts de toux. Celle-ci fréquente, pénible, quinteuse est suivie de l'expulsion d'un liquide abondant plus ou moins visqueux, aéré à la surface, et d'une coloration jaune, parfois un peu verdâtre, ayant l'aspect, l'odeur et le goût de la bile ; et, en effet, l'expectoration évaluée à une moyenne de 400 à 600 grammes par jour se compose de bile pour la presque totalité. Le malade reste à demi-assis dans son lit, éprouvant dans l'horizontalité, surtout latérale, une sensation d'étouffement. De temps à autre, on trouve expulsé, mais rarement, un fragment d'hydatide.

Les selles restent colorées et l'ictère a toujours fait défaut. D'après les renseignements que je dois à l'obligeance de M. Pranchot, médecin aide-major, l'expectoration était devenue bilieuse dans les premiers jours de novembre, et c'est à dater de ce moment que la fièvre s'alluma et que l'émaciation fit des progrès rapides.

J... sans appétit, privé de sommeil par le flux biliaire qu'il doit évacuer sous peine d'étouffer, souffrant de la douleur phrénique, arrive à un état de cachexie absolu, et des lésions pulmonaires, développées secondairement, viennent compléter la déchéance vitale.— Il meurt le 16 mars, à 10 h. du soir.

AUTOPSIE.— Infiltration séreuse des méninges, mais sans opacité; la substance cérébrale ne présente rien de particulier.

Le poumon gauche est congestionné et contient des tubercules crus, disséminés; aucune adhérence pleurale.

Le poumon droit est parsemé de gros tubercules crus, les deux feuillet de la plèvre sont adhérents, et, de plus, épaissis en arrière et à la base au niveau de la voussure thoracique signalée à l'extérieur.

En cet endroit, on rencontre une poche fluctuante qui se rompt et laisse se répandre 200 grammes environ de liquide biliaire, en même temps que s'échappent des vésicules hydatiques rompues et colorées en jaune; ces vésicules sont contenues dans une grosse hydatide mère déchirée et plissée.

Il existe donc, à la base du poumon droit, une poche kystique du volume d'un œuf de dinde, limitée en arrière par la plèvre, en avant, en dedans et supérieurement par le tissu pulmonaire plus ou moins altéré; sa base formée par le diaphragme aminci repose sur la face convexe du

foie, et, en arrière en même temps qu'un peu en dehors, elle se trouve en contact avec l'extrémité supérieure du rein droit qui, remonté, est venu se loger là. Cette poche communique largement avec les bronches dilatées, sa partie déclive est recouverte d'une bouillie épaisse, sorte de magma biliaire. A ce niveau, les fibres musculaires du diaphragme ont à peu près disparu, et les canaux biliaires de la surface convexe s'ouvrent par un trajet oblique dans la cavité kystique, l'un d'eux est assez développé et je puis déterminer son trajet en y passant un crin.

Le foie, légèrement augmenté de volume, surtout transversalement de dehors en dedans, adhérent par sa face convexe au diaphragme aminci et détruit en partie ou réduit à une membrane fibreuse, en rapport en arrière et en dehors avec le rein déplacé et logé sous le diaphragme, présente aussi une cavité kystique.

Celle-ci, située en dehors du ligament suspenseur, très court, au point où la convexité abandonne le contact de la paroi thoracique, a le volume d'un gros œuf de poule et se trouve creusée dans la substance du foie. Elle est limitée dans sa portion antéro-supérieure par la seule capsule de Glisson et le péritoine. Elle contient un kyste hydatique qui la tapisse et va se plisser en arrière dans un diverticulum. Ce kyste renferme un liquide limpide et une vingtaine d'hydatides filles, du volume d'une amande au volume d'un pois. Le liquide trouvé dans ces hydatides filles est également limpide. Placées sur la main, elles donnent la sensation d'une masse gélatineuse, tremblotante. On éprouve cette même sensation, en plaçant sur la paume de la main un fragment quelconque de l'hydatide mère ou des hydatides filles, elle est donc indépendante du liquide et tient à la consistance des parois. Nulle part, ni dans les vésicules du foie, ni dans celles du poumon, on ne rencontre d'échinocoques, ou des crochets. L'hydatide mère du foie développée, présente le volume d'une tête de fœtus.

La vésicule biliaire, petite, blanchâtre, est flasque et contient un peu de mucus. — Rien à noter du côté des autres organes.

15. Fracture du fémur ; — fracture du sourcil cotyloïdien ; — asymétrie du bassin ; par Ch. FÉRÉ et J. LATASTE, internes des hôpitaux.

Le nommé Laurent... charretier, âgé de 48 ans, est entré le 12 août 1879, à l'hôpital Necker.

Le 12 août, en voulant faire basculer son tombereau pour

le décharger, cet homme a été renversé sous sa voiture et recouvert par les décombres dont elle était chargée. Immédiatement transporté à l'hôpital, dans le service de M. GUYON, on constate chez lui l'existence d'une fracture du fémur gauche, siégeant à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen, avec déplacement angulaire des fragments, très prononcé. On arrive assez facilement à corriger ce chevauchement et à réduire la fracture; mais, malgré cela, on ne peut ramener le membre dans la rectitude. C'est alors qu'on s'aperçoit de l'existence, au niveau du pli de l'aîne, d'une saillie résistante, douloureuse à la pression et qu'on suppose être la tête fémorale déplacée. Pour s'en assurer, on chloroformise le malade quelques jours plus tard et on essaye, mais inutilement, d'imprimer des mouvements à cette tumeur, en agissant sur le fragment supérieur du fémur. Le grand trochanter est effacé et porté en arrière. Néanmoins, on diagnostiqua une fracture de la branche horizontale du pubis, avec chevauchement, à cause de l'impossibilité de transmettre des mouvements à la saillie de la région inguinale, au moyen du fragment supérieur et surtout parce qu'on trouve, par la mensuration faite de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'épine du pubis, un raccourcissement d'un centimètre, du côté gauche; il n'existait toutefois aucune mobilité.

Quelques jours plus tard, il est transporté à la salle St-Pierre, dans le service de M. MONOD.

La situation s'est peu modifiée, la tuméfaction du pli de l'aîne persiste, le grand trochanter est toujours effacé et dévié en arrière. Mais le malade présente en même temps un vaste épanchement sanguin, qui part du niveau des dernières vertèbres lombaires, recouvre toute la fesse gauche, la partie supérieure et externe de la cuisse du même côté et s'étend en avant du pli de l'aîne.

5 septembre. On décide de traiter la fracture par l'appareil Hennequin, mais, avant de le poser, on anesthésie de nouveau le malade, pour refaire l'examen et essayer d'assurer le diagnostic. Comme la première fois, on n'arrive pas, en agissant sur le fragment supérieur, à transmettre le mouvement à la tumeur inguinale, et, malgré la déviation du grand trochanter, on conclut encore à une fracture de la branche horizontale du pubis.

L'appareil est ensuite appliqué; le malade le supporte bien. Mais il ne peut parvenir à s'asseoir dans son lit. M. Hennequin fait alors observer qu'il doit exister un déplacement de la tête fémorale, qui rend impossibles au malade les mouvements nécessaires pour cette position, qui,

d'après lui, est toujours possible lorsque la fracture n'est pas compliquée de luxation.

8 septembre. La tension de l'épanchement sanguin est très notable, la peau s'amincit au niveau de la fesse, et, pour prévenir l'ouverture spontanée de cette collection, M. Monod fait une ponction aspiratrice, qui permet de retirer 600 grammes environ d'un liquide de couleur chocolat.

La poche se remplit de nouveau très rapidement, et, le 15 septembre, on est obligé de refaire une ponction qui donne issue à 700 grammes environ de liquide franchement purulent.

L'état général du malade est cependant excellent. Le 10 septembre, la distension de la poche est extrême, les segments amincis et menaçant de se mortifier en plusieurs points, on fait alors une première incision au niveau de la région lombaire et une seconde au-dessous de l'eschare. La cavité est d'avance lavée abondamment à la solution phéniquée et on fait le pansement du kyste. Suppuration extrêmement abondante.

23 octobre. Nouvelle incision au niveau de l'aîne, qui communique largement avec la cavité de l'épanchement comme les deux autres. Même pansement.

La suppuration est extrême, la peau se mortifie au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure, le malade s'affaiblit manifestement tous les jours, la température cependant se maintient entre 37° et 38°.

27 octobre. En faisant le pansement, on constate que la tumeur inguinale, immobile jusqu'à ce jour, se déplace très facilement par la pression, et en portant la main sur le grand trochanter, on reconnaît que c'est l'extrémité supérieure du fémur qu'on met ainsi en mouvement. — Le 20 novembre, on enlève l'appareil Hennequin, il n'y a nulle trace de travail de consolidation. On place simplement le membre dans la gouttière. La rétraction des parties molles de la face externe de la cuisse et de la fesse a déterminé une adduction très prononcée du fragment supérieur, qu'on ne peut ramener au parallélisme avec le membre sain.

La mobilité de la tête est toujours très prononcée, elle frotte avec bruit sur l'os iliaque, mais ses déplacements ne suffisent pas à faire disparaître la saillie qui existe dans la région inguinale.

La suppuration continue toujours très abondante. Diarrhée. Les membres s'œdématisent sans que l'urine renferme d'albumine; enfin, le malade de plus en plus cachectique, succombe dans le marasme le 28 décembre 1879.

AUTOPSIE. — Rien de particulier dans l'encéphale ni dans les organes thoraciques. Dégénérescence amyloïde du foie et des reins. Pas d'abcès métastatiques.

La fracture du fémur siège à peu près à la partie moyenne du corps, il n'y a aucune trace de consolidation. Les deux fragments sont absolument libres au milieu d'une collection purulente du volume d'un œuf de poule.

Du côté de l'articulation coxo-fémorale, on trouve des lésions très variées. Toute la partie antérieure de la capsule est détruite, la cavité articulaire communique largement avec une vaste poche qui s'étend dans l'épaisseur de la paroi abdominale et à la partie inférieure de la cuisse; elle est remplie de pus. Les surfaces articulaires sont érodées, mais très superficiellement. Le ligament rond a complètement disparu. La tête fémorale retenue par la partie postérieure de la capsule s'éloignait en avant de la surface articulaire de l'os iliaque, d'un centimètre et demi à peu près. Le sourcil cotyloïdien est fracturé dans une étendue de 3 centimètres, à sa partie supéro-antérieure; l'échancrure qui résulte de la perte de substance, s'étend depuis l'éminence iléo-pectinée jusqu'au dessous de l'épine iliaque antéro-inférieure. Le fragment détaché, qui est réduit à une petite masse ovoïde de 1 centimètre de long, s'est soudé à la partie postéro-externe de la perte de substance. Sur la surface pectinéale et sur la partie qui lui fait suite, le périoste est considérablement épaissi. Mais, il n'y a aucune lésion de l'os iliaque.

Du côté gauche, la distance de l'épine pubienne à l'épine iliaque antéro-supérieure est de 118 millimètres, elle est de 130 du côté droit. C'est cette différence qui a fait croire à une fracture du bassin qui n'existe pas.

M. FÉRÉ fait remarquer que cette asymétrie du bassin n'est pas très rare, comme il a pu le vérifier par de nombreuses mensurations. Le rapprochement relatif des deux épines ne doit donc pas être considéré comme un signe de fracture à mettre sur le même pied que la réductibilité ou l'extensibilité du diamètre bi-iliaque.

M. DURET fait remarquer le siège insolite de la fracture du sourcil cotyloïdien, et se demande si on ne pourrait pas admettre qu'elle est le résultat d'un arrachement par les fibres du ligament de Bertin.

16. M. BÉNARD présente un cas de *cancer généralisé du*

crâne, du poumon, etc., et qui paraît avoir eu pour point de départ une tumeur qui a détruit un métacarpien de la main droite.

M. RENDU pense que cette origine est en effet vraisemblable, car la tumeur de la main paraît la plus ancienne. Mais il faut remarquer que l'utérus n'a pas été examiné.

17. Corps étranger du pharynx. — Œdème de la glotte consécutif. — Mort subite ; par M. STACKLER, interne des hôpitaux.

N..., âgée de 45 ans, est entrée le 26 octobre au soir, à l'hôpital Tenon, salle Couverchel, n° 15. Elle délire, ne reconnaît personne, menace les gens qui l'entourent. On est obligé de lui mettre la camisole.

Sa fille prétend que, depuis plusieurs semaines, elle lui paraissait anxieuse, jalouse, irascible ; elle parlait parfois de se tuer. Il y a deux jours, elle aurait essayé d'avaler un peigne.

27 octobre. Le délire a disparu. La malade cause, quoique difficilement ; on est obligé de lui arracher les réponses. Elle nous apprend, qu'en effet, elle a essayé de se tuer en avalant un peigne, et qu'ensuite, pour tenter de le retirer, elle s'est introduit dans la gorge une épingle à cheveux, pliée en deux.

Cette épingle se serait échappée de ses doigts. Il semble qu'elle la sente au niveau de la région sous-hyoidienne, d'après les indications qu'elle donne avec la main.

La paroi postérieure du pharynx est recouverte de taches ecchymotiques, rouges et bleuâtres, de diverses dimensions, depuis celles d'une tête d'épingle, jusqu'à celles d'un pois. Il en existe quelques-unes sur le voile du palais.

Les quelques aliments qu'elle prend, les boissons passent facilement, sans provoquer autre chose qu'une gêne légère de la déglutition. La respiration n'est nullement embarrassée. La voix est claire. La pression en avant du larynx, produit une sensation pénible, point de douleur proprement dite. Il n'y a pas de toux. Il est impossible d'obtenir de la malade aucun renseignement sur les phénomènes qui se sont produits au moment même de l'introduction des corps étrangers. Son pouls est calme ; l'état général satisfaisant. Aussi croyons-nous, à la visite du matin, qu'il y a eu tentative d'introduction de corps étranger, mais que très probablement ce corps aura été rendu.

Dans l'après-midi, vers quatre heures, cette femme est prise d'une dyspnée, qui s'accroît d'heure en heure.

A sept heures, on constate les phénomènes suivants : Tirage sus-sternal ; la voix est claire, pas de toux. L'air ne pénètre plus dans les poumons. Il existe une douleur violente à la partie antérieure du larynx. La malade porte à tout instant la main au devant de son cou, comme pour arracher l'obstacle, qui provoque sa dyspnée. L'asphyxie est imminente. Mon doigt, porté dans le pharynx, aussi loin que possible, n'éprouve aucune sensation d'arrêt. L'examen de l'arrière-gorge est très difficile. Cependant, j'arrive à introduire une sonde œsophagienne, qui me paraît buter contre un obstacle, siégeant dans le pharynx, immédiatement en arrière du larynx. Je fais appeler mon collègue de garde M. Ollive, qui introduit à son tour, la sonde œsophagienne. La sonde glisse jusque dans l'estomac ; la retirant lentement, mon collègue éprouve, au niveau du larynx, la sensation que j'avais eue moi-même. A ce moment, la malade, quoique sa dyspnée fût excessive, avait la voix claire, répondait aux questions qu'on lui posait, se laissait examiner docilement. Plongeant alors son doigt dans l'arrière-gorge, M. Ollive sent un corps qui le pique, et parvient à le saisir. Mais, au même instant, la malade s'affaisse, tous les efforts que nous tentons pour la ranimer restent vains.

Le corps étranger était, comme l'avait indiqué cette femme, un épinglé à cheveux recourbée par son milieu en forme de crochet, la longueur de ce crochet était d'environ 35 millimètres à 4 centimètres.

AUTOPSIE. — Rien dans l'œsophage, ni dans la trachée. La paroi postérieure du pharynx est tapissée de plaques ecchymotiques, rouges ou bleuâtres. Il en est de même de la face postérieure de l'épiglotte. Ces parties sont d'une teinte brun foncé. Au niveau de l'orifice supérieur du larynx, il existe une rougeur uniforme de la muqueuse. Cette rougeur s'étend à toute la paroi pharyngienne, jusqu'en un point situé un peu au-dessus de cartilage cricoïde. On voit, à droite et à gauche, de petites surfaces dénudées plus ou moins profondément. A droite, l'une d'elles, d'une teinte pâle, presque jaunâtre, a la forme d'une demi-circonférence. Cette forme représente parfaitement la partie recourbée de l'épingle. C'est-là, nous ne pouvons en douter, que l'épingle s'était fixée.

A l'intérieur de la cavité laryngienne, au-dessus de la corde vocale supérieure, les parois sont remplies de taches ecchymotiques. On ne constate nulle part de perte de substance. Les replis aryéno-épiglottiques sont gonflés, œdématisés. L'œdème de ces replis, ainsi que les autres lésions,

ecchymoses et pertes de substance, sont plus marqués du côté droit que du côté gauche.

Nous avons trouvé dans le cœcum des débris du peigne avalé.

RÉFLEXIONS.—Il nous paraît démontré que le corps étranger s'était fixé dans le pharynx, immédiatement en arrière de l'orifice supérieur du pharynx. Ce corps étranger s'était placé en travers, à en juger par les lésions trouvées à l'autopsie et par l'aspect des petites ulcérations, qui répondaient parfaitement, l'une à la courbure de l'épingle, les autres à ses pointes. Il est possible que cette épingle soit tombée tout d'abord dans le larynx, pour être ensuite rejetée dans le pharynx. Cette hypothèse nous paraît légitimée par la constatation de nombreuses taches ecchymotiques dans toute la cavité laryngienne située au-dessus de la corde vocale supérieure.

Le corps étranger, pendant deux jours et demi, n'a provoqué aucun accident grave; une gêne légère à la pression sur la partie antérieure du cou et pendant la déglutition, voilà tout. Puis, éclatent presque subitement les phénomènes suivants : dyspnée continue, progressive, avec paroxysme, douleur intense au niveau de la partie supérieure du larynx, avec conservation de la voix, sensation d'étranglement, obstruction des voies aériennes, symptômes d'asphyxie. Ces accidents ont débuté à 2 heures, mort à 7 heures.

L'œdème des replis aryéno-épiglottiques, consécutif au traumatisme du pharynx et du larynx, est sans doute la cause des accidents asphyxiques; mais, cette œdème est-il la cause immédiate de cette mort subite? N'oublions pas que c'est au moment où le doigt de l'opérateur porté dans le pharynx saisit le corps étranger, que notre femme tombe morte. Sagit-il d'un spasme de la glotte? Ne faut-il pas rapprocher notre cas de ces autres faits de syncope signalés dans les angines? Ce n'est pas la première fois que l'on constate une mort subite non seulement dans le cours des affections graves du pharynx, mais même à la suite d'irritations légères de l'arrière-gorge?

Enfin, nous pouvons nous demander si notre intervention a été ce qu'elle devait être?

Quelle était la conduite que l'on pouvait tenir ? Il faut distinguer plusieurs circonstances. Il est clair que, si, le jour où la malade nous a été amenée, nous avions été suffisamment édifié par les renseignements fournis par les personnes qui conduisaient la malade, sur l'existence d'un corps étranger, il n'y avait qu'une chose à faire, tenter l'ablation avec les moyens habituels, et cela après avoir constaté par l'examen laryngoscopique la position exacte du corps étranger, soit dans le pharynx, soit dans le larynx, son état de mobilité, etc., etc, toutes précautions nécessaires de façon à ne pas agir à l'aveugle.

Nous n'avons soupçonné l'existence d'un corps étranger qu'au moment, où les accidents asphyxiques s'étaient développés avec intensité, au moment, en un mot, où l'œdème de la glotte vint compliquer la présence du corps étranger.

Nous nous trouvions à une période où le corps étranger avait provoqué une complication, qui faisait toute la gravité de la situation. L'œdème de la glotte créait un danger imminent au moment où l'interne de garde fut appelé dans le service. Quelle était la thérapeutique chirurgicale à suivre ? Cette question est d'autant plus autorisée que l'insuccès a accompagné nos tentatives d'extraction.

La malade était asphyxiante ; la marche de cette dyspnée progressivement croissante, ses caractères, la notion probable d'un corps étranger, nous indiquaient suffisamment que nous étions en présence d'un œdème de la glotte. Peut-être que si, nous laissant guider par ce symptôme, nous avions pratiqué à ce moment la trachéotomie, nous aurions pu éviter l'issue fatale, que nous avons racontée.

La trachéotomie pratiquée, la respiration pulmonaire rétablie, nous aurions pu, avec du temps devant nous, et sans danger, rechercher *de visu* par l'éclairage laryngoscopique la cause de l'œdème de la glotte, constater le corps du délit et procéder alors à son extraction. On pourra nous répondre que la trachéotomie n'eût mis aucun obstacle à la syncope, qui semble avoir été la cause déterminante de la mort soudaine de notre malade. Oui, certainement, mais cette syncope est d'autant plus à craindre, que le cours de l'air est gêné, et, bien des fois, les chirurgiens ont insisté sur le danger qu'il y avait à pratiquer des examens laryngosco-

piques et nous ajouterons des manœuvres d'extraction, dans le cas d'œdème de la glotte.

En résumé, nous croyons devoir conclure qu'au début, si on avait pu soupçonner l'existence du corps étranger, il fallait sans retard procéder à son extraction, avant le développement des complications ; que ces complications, une fois nées, c'est-à-dire l'œdème de la glotte existant, il devenait imprudent de pratiquer l'ablation du corps étranger, sans avoir préalablement assuré la liberté des voies respiratoires, c'est-à-dire pratiqué la trachéotomie.

Telles sont les déductions pratiques, que nous semblent imposer l'étude réfléchie de cette observation.

Le secrétaire,

Ch. FÉRÉ.



NOVEMBRE.

Séance du 5 Novembre 1880.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**1. Endocardite ulcéreuse; par Ch. DIETERLEN, interne
des hôpitaux.**

La nommée Chevalier Marie, âgée de 22 ans, journalière, est entrée le 14 octobre 1880, salle Sainte-Anne, lit n° 89, service de TENNESON, à Necker.

Cette malade, de constitution robuste, se plaint de douleurs rhumatismales dont le début remonte à 3 ou 4 jours. Ces douleurs occupent les genoux et la hanche droite. Elles sont très modérées et n'ont déterminé ni fièvre, ni rougeur locale. C'est la première fois que la malade est atteinte de rhumatisme. Un léger refroidissement paraît en avoir été la cause.

A la pointe du cœur on entend un léger souffle systolique.

Pas de souffle dans les vaisseaux du cou. (Salicylate de soude 6 gr.). — Jusqu'au 21 octobre, cette légère atteinte de rhumatisme suit son cours normal; les douleurs ne tardent pas à se calmer. A cette date, la malade est prise subitement d'une forte fièvre avec frisson, angoisse, légère cyanose. A 10 heures du matin, le thermomètre donne 40°, 2. Cependant, les douleurs n'ont pas reparu. Le souffle a disparu. Les battements cardiaques sont sourds et extrêmement précipités.

Un interrogatoire minutieux de la malade ne nous apprend rien sur l'origine possible de ce mouvement fébrile si anormal. Elle a passé sa vie d'abord dans le Loiret, puis à Issy et n'a jamais contracté de fièvres paludéennes. Sa constitution est des plus vigoureuses; jusqu'à l'apparition fortuite des douleurs qui l'ont forcée à se rendre à l'hôpital, elle a toujours joui d'une parfaite santé. (Sulfate de quinine, 1 gramme.) Dans la soirée, la température est retombée à la

normale (36°, 6). La malade se sent lasse, mais pas autrement incommodée. Plus de douleurs. Le souffle systolique a reparu après la chute de la fièvre; il est dur et râpeux.

22 Octobre. T. M. 36°, 2; S. 38°. Bonne journée. La malade se sent guérie et parle même de nous quitter.

23 Octobre. T. M. 37°, S. 37°; 2. Même état qu'hier.

24 Octobre. Ce matin nouvel accès fébrile. A 10 heures 41°, 6. — Pouls affolé, disparition du souffle, battements du cœur très faibles, mais réguliers. — Dyspnée, grande pâleur avec cyanose des lèvres. Rien à l'auscultation, rien dans les urines. La rate ne paraît pas augmentée. On pense à une fièvre intermittente ou à un endocardite ulcéreuse. A part la fièvre, on ne note du reste aucun symptôme anormal. — Le soir, la température est retombée à 38°, 4. Grande euphorie. Réapparition du souffle. Pouls faible, régulier.

25 Octobre. T. M. 36°. S. 40°, 6. Aujourd'hui, la fièvre se montre le soir. La malade, pendant l'accès, se plaint d'une angoisse très vive dont l'auscultation ne révèle pas la cause.

26 Octobre. T. M. 37°; S. 46°, 6. A 6 heures du soir, la malade, en pleine fièvre, accuse un grand malaise; mais rien ne faisait présager une issue funeste lorsque, subitement, à 9 heures du soir, elle est prise d'une syncope et meurt.

AUTOPSIE le 27 octobre à 10 heures du matin. — Tous les organes sont examinés avec soin. Le cœur seul présente des lésions importantes.

Cœur : volume normal. Pas d'apparence de myocardite. Orifices aortiques et pulmonaires sains. Caillots fibrineux jaunâtres dans les ventricules. La valvule mitrale est saine dans la moitié de son étendue, sauf en un point où siège un véritable abcès valvulaire; ses dimensions sont celles d'une noisette, il présente des bords élevés, flottants, déchiquetés, un fond rougeâtre, pulpeux, très mince; son contenu a disparu. A côté de lui est une masse fibrineuse végétante d'un volume très considérable. Sa masse inégale se dirige vers le ventricule; sa base adhère à des végétations plus fermes qui lui forment comme une collerette. Rien à la valvule tricuspidale.

Poumons. Congestion généralisée, surtout du poumon gauche. Pas d'infarctus. — *Cerveau* : aucun foyer. Rien dans les ventricules, ni dans le bulbe. — *Reins*, normaux; le gauche seul porte à sa périphérie un petit infarctus récent de 2 millim. de hauteur et dont la base est à la périphérie du rein. — *Rate*, un peu plus grosse que normalement,

pas d'infarctus.— Foie sain, d'apparence normale.— *Estomac, intestins, utérus* intacts.

Pas de pus dans les articulations.

2. Note sur l'état des nerfs et des os dans les moignons d'amputés (présentée à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire), par le D^r HENRY CLOZEL DE BOYER, membre adjoind de la Société anatomique.

Pendant mon internat à Bicêtre, dans le service de M. le Professeur BOUCHARD, j'ai eu l'occasion d'examiner à trois reprises l'état des nerfs et des os dans des moignons datant de plusieurs années. L'amputation avait été pratiquée dans un cas trente ans avant, dans un autre, elle datait de vingt ans, dans le dernier cas, l'opération remontait à huit ans seulement : voici le détail de ces faits :

OBSERVATION I. (1). — Dans cette observation que j'ai déjà communiquée à la Société anatomique à propos d'atrophie des circonvolutions cérébrales, on notait ceci : « Ch... Jean, 79 ans, 10 salle Saint-André. Le malade a été amputé du *bras gauche* en 1846, pour une morsure de cheval, il ne lui restait plus qu'un tronçon conique comprenant à peine le $\frac{1}{3}$ supérieur du bras; en pressant sur le bras, on ne trouve pas de points douloureux : sensibilité conservée, pas de sensations anormales, le malade ne sent plus depuis longtemps la main qu'il a perdue. . . . *Dissection du moignon* : Le grand pectoral, par son faisceau claviculaire très développé, semblait suffire aux mouvements du bras; le deltoïde, atrophié dans sa partie postérieure, ne servait qu'à élever un peu le bras en avant; le biceps était, ainsi que le triceps, transformé en une masse lardacée. L'extrémité de l'humérus adhérait à la peau par un tissu induré, comprenant la terminaison en masse du médian et du radial, sous forme de masses pyriformes, de la grosseur d'une petite noisette, dures et constituées par les éléments tubulaires du nerf dissocié et emprisonné dans une gangue conjonctive très épaisse, très ancienne, se colorant mal par le carmin comme nous l'a montré l'examen histologique. »

Un examen ultérieur fait sur les tronçons du nerf radial et du médian pris au-dessus des fibromes indiqués plus haut nous avait aussi montré une véritable sclérose du nerf

(1) Cette observation a déjà été communiquée à la Société anatomique dans la séance du 27 avril 1877, elle est publiée à la page 328 des Bulletins de la Société 1877.

caractérisée par sa dureté, sa diminution de volume, l'atrophie des tubes à myéline qui le composaient, et par l'exagération du tissu conjonctif qui séparait les groupes de tubes nerveux les uns des autres; nous disions aussi dans cette observation : « la moelle est un peu asymétrique; elle est un peu plus grosse à droite; le cordon antéro-latéral gauche paraît, à l'œil nu, normal; *les nerfs du plexus brachial sont grisâtres.* » En examinant, en effet, ces nerfs, nous y avons trouvé ces caractères de sclérose ancienne que nous citions plus haut. Nous ne parlerons pas ici, nous bornant à l'étude du moignon, des modifications cérébrales que l'on a parfois cru reconnaître après ces amputations anciennes.

Les os de ce sujet avaient également attiré notre attention, nous y trouvions, outre l'oblitération presque complète du canal médullaire, au niveau de l'avant-bras, des points d'ostéite condensante jusque dans l'humérus, nous y avions aussi constaté, dans la surface des articulations radio-cubitale et cubito-humérale des points de chondrite et d'ostéite sous-jacente analogues à ceux dont nous donnons la description détaillée dans l'observation III, et dont on aura une idée par les croquis qui accompagnent cette observation.

OBSERVATION II. — Tr... Eugène, 72 ans, est un vieillard non malade, admis comme infirme à Bicêtre. Cet homme est amputé de la cuisse droite depuis vingt ans; il eut un accident de voiture, une arthrite du genou s'en suivit et l'amputation fut faite à l'hôpital Beaujon. Depuis quelques années, cet homme est à Bicêtre, il marche avec un pilon, ne souffre pas de sa jambe, nous n'avons du reste que peu de renseignements sur son état, car nous ne l'avons jamais eu à l'infirmerie. En mai 1877, il est frappé d'apoplexie et meurt en quelques minutes.

AUTOPSIE. — Nous laissons de côté la description des lésions cérébrales et du vaste épanchement intraventriculaire qui avait amené la mort, ainsi que les détails de l'autopsie viscérale. *Dissection du moignon* : La cuisse droite est remplacée par un moignon conique comprenant les deux tiers supérieurs du membre, l'amputation a été faite au lieu d'élection. Il y a une cicatrice linéaire froncée qui représente l'affrontement des deux lambeaux primitifs. En disséquant cette masse, on voit que tous les muscles sont compris dans l'épaisseur de la cicatrice et que leur substance est pâle et atrophiée. Le triceps crural, en particulier, est absolument lamelliforme et son atrophie a amené une diminution considérable du membre. Les muscles fessiers

sont peu atrophies, du reste, le malade s'en servait dans la marche. Le nerf sciatique est compris dans la cicatrice, il s'y termine par un fibrôme volumineux présentant un étrangement fusiforme qui le divise en deux tumeurs secondaires. Le tissu du nerf au-dessus du névrome est dur et sa coloration est grisâtre. On prend plusieurs fragments du fibrôme pour l'examen histologique. L'articulation coxo-fémorale paraît saine, et, cependant, on y trouve une petite érosion cartilagineuse que l'on réserve aussi pour l'examen.

Examen histologique. Le nerf est plongé dans une solution faible d'acide osmique au 1/200, puis dissocié ou coupé après durcissement par la gomme et l'alcool; on constate sur les coupes horizontales et transversales, que les faisceaux nerveux sont dissociés en certains points, et en tous les points entourés par une gaine conjonctive épaissie dont les éléments se colorent difficilement au carmin, même sur les fragments qui n'ont pas été traités par l'acide osmique.

Le fibrôme est injecté avec une solution faible d'acide osmique; cette injection ne peut du reste être que partielle vu la résistance du tissu; puis, le fibrôme entier est plongé dans la solution d'acide osmique; on constate après durcissement qu'il est formé par un tissu conjonctif serré et par un assez grand nombre d'éléments nerveux qui sont séparés par groupes dans la masse conjonctive. Un assez grand nombre de tubes variqueux existent dans la préparation, et l'on trouve aussi des gaines, vides reconnaissables à leurs noyaux.

L'examen de l'ulcération cartilagineuse montre qu'il s'agit là d'une chondrite superficielle, qui est caractérisée par la prolifération des cellules cartilagineuses, la formation de grandes capsules cartilagineuses remplies de granulations graisseuses et de cellules embryonnaires. L'os sous-jacent est sain.

OBSERVATION III (1). — T... 20, Sainte-Foy. Mort le 14 février 1877. C'est un tuberculeux de quarante ans environ, qui a été amputé huit ans auparavant pour un accident, et qui n'avait du reste jamais eu d'accidents articulaires, point important comme nous le verrons par l'examen histologique.

Cet homme mourut d'une poussée pneumonique au cours de sa tuberculose. Il était amputé de l'avant-bras du côté

(1) Dessins dans l'Album de la Société.

droit, et l'aspect du moignon est indiqué dans la *figure 1*; on voit que cette amputation a été faite au $\frac{1}{3}$ supérieur de l'avant-bras et que la déformation de la saillie du pli du coude est due à une luxation du radius, en dehors. Cet homme ne souffrait nullement de son bras ni de son articulation qui exécutait des mouvements incomplets mais non douloureux.

AUTOPSIE. — Nous passons sur les détails de la tuberculose pulmonaire.

Dissection du moignon. On trouve, comme dans les cas précédents, un fibrôme volumineux du nerf médian, adhérent à la peau, situé à l'extrémité terminale du nerf. L'état de l'articulation du coude est encore intéressant; on y voit, sur la trochlée, trois exulcérations du cartilage qui ne correspondent pas à trois autres ulcérations de la grande cavité sygmoïde du cubitus. En faisant la coupe de la trochlée, on constate que, dans l'épaisseur du tissu spongieux, il existe des points rouges et diffluent (figure 3). Nous n'insistons pas sur la déformation de la tête du radius ni sur la luxation de cet os en dehors (figure 3).

Examen histologique. Le fibrôme a été examiné comme précédemment après une injection interstitielle d'acide osmique (figure 4), on y constate la même dissociation des éléments nerveux à myéline que dans le cas précédent. Les exulcérations cartilagineuses montrent plusieurs particularités intéressantes: 1° en certains endroits, des points de calcification situés au milieu d'une masse fibreuse qui a remplacé la masse fondamentale hyaline, ce qui fait que ce cartilage ressemble à un cartilage réticulé. Les capsules cartilagineuses sont arrondies et contiennent de nombreux corpuscules cartilagineux dont les noyaux sont, en beaucoup de points, remplacés par des gouttelettes poisseuses qui remplissent même parfois toute la capsule. Une de ces ulcérations a été représentée à part, elle montre une cavernule cartilagineuse envahie par des éléments embryonnaires et de la graisse et par des globules sanguins, sans qu'il y ait de paroi vasculaire visible. La substance fondamentale contient autour de cette cavernule des capsules cartilagineuses agrandies et remplies d'éléments embryonnaires. Il y a eu la fusion d'un certain nombre de ces capsules, comme l'indique l'aspect crénelé des bords de l'ulcération et sa profondeur inégale.

Dans l'os, dans la partie spongieuse, après l'action de l'acide chromique on constate que les points précités, dans l'autopsie sont le siège d'une ostéite raréfiante qui, là aussi

est caractérisée par la présence de nombreuses cellules embryonnaires.

RÉFLEXIONS.—Le point intéressant de ces observations nous semble le suivant, l'examen des nerfs et des masses terminales de ces nerfs a montré un processus de sclérose ancienne aboutissant à la formation de fibrômes ; c'est un point connu depuis longtemps ; il nous a semblé, par la lecture d'un certain nombre de faits analogues, que l'on avait moins souvent signalé les lésions cartilagineuses sur lesquelles nous attirons l'attention. Ces lésions sont-elles en rapport avec l'altération profonde des nerfs du membre, nous serions disposé à le croire, au moins pour notre troisième cas. La dissémination des lésions, leur nature, les points où elles siègent, nous permettraient peut-être de voir dans ces cas autre chose qu'une altération due à la pression réciproque des parties. Ces lésions, dans le cas qui nous occupe, ne sont pas non plus tuberculeuses, elles nous semblent pouvoir être rapprochées de certains troubles trophiques et nous appelons l'attention de la Société sur ce point, espérant que des observations nouvelles pourront éclairer un détail que nous n'indiquons que sous toutes réserves.

M. DURET dit que, d'une manière générale, on peut regarder les lésions des articulations soit comme primitives, de même nature que celles qui ont nécessité l'amputation et contemporaines de ces dernières, soit comme consécutives à l'immobilisation prolongée, soit enfin comme des conséquences de la névrite ascendante.

A la suite des amputations de Chopart et de Lisfranc, on trouve fréquemment, comme l'a montré M. Verneuil, des lésions de ce genre, avec des dégénérescences graisseuses de certains groupes musculaires ; sont-ce là les résultats d'une inflammation propagée ? La névrite ascendante expliquerait mieux les lésions atrophiques et les déformations. M. Larget a pu, par l'électrisation, corriger certaines déviations et permettre aux amputés de marcher sur leurs moignons.

M. DÉJERINE fait remarquer que, dans les moignons, on trouve une lésion des nerfs qui remonte d'autant plus haut que l'amputation est plus ancienne, mais cette lésion n'est

pas de la névrite ascendante, c'est une atrophie simple du bout supérieur avec multiplication du tissu connectif. Du reste, dans la plupart de ces cas, on n'observe rien qui puisse rappeler une lésion irritative.

M. DURET dit qu'il y a des cas complexes dans lesquels on observe des douleurs névralgiques, des troubles trophiques de la peau, des éruptions bulleuses, de l'ostéoporose, des dégénérescences des muscles, etc.

M. HOUEL rappelle que Broca a décrit des lésions des cartilages développées sous l'influence de l'immobilité. Il dit que, dans le cas de déviation, les muscles peuvent présenter deux altérations différentes, ceux qui sont relâchés deviennent graisseux, ceux qui sont tendus deviennent fibreux.

M. DURET dit que les cas dans lesquels on a observé l'atrophie la plus marquée des muscles sont ceux où il y a eu de l'inflammation du moignon.

M. LANDOUZY fait remarquer que ce qui a contribué à obscurcir la question de la névrite ascendante, c'est que, le plus souvent, on n'a pas pu mettre en regard de l'observation clinique un examen nécroscopique complet.

M. BRISSAUD dit qu'il a observé à l'hôpital des Cliniques un individu qui avait subi l'amputation de Chopart pendant la guerre de Russie et qui, à cause de douleurs intolérables, avait été amputé de nouveau au-dessus des malléoles, puis quelques années après, au lieu d'élection, et qui, en 1876, s'était présenté dans le service de Broca, avec des douleurs vives et des troubles trophiques de la peau qui recouvrait le moignon, pour lesquels on lui fit la résection du sciatique au-dessous du pli fessier.

M. DREYFUS-BRISAC a eu occasion de revoir ce malade à l'Hôtel-Dieu ; il avait des phénomènes médullaires très-caractérisés.

M. CHARCOT dit qu'il a vu un amputé de cuisse, qui, après avoir éprouvé pendant longtemps des soubresauts dans son moignon, fut pris de paralysie de la vessie, puis de paralysie de l'autre jambe, et enfin de symptômes attribuables à la myélite transverse.

Séance du 12 Novembre 1880.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

3. Rapport sur la candidature de M. Legendre au titre de membre-adjoint de la Société anatomique ; par M. R. MOUTARD-MARTIN, médecin des hôpitaux.

Pour appuyer la candidature de M. Legendre, je citerai parmi les communications qu'il a faites à la Société une observation qu'il a présentée cette année, et qui eut l'honneur d'une discussion parmi nous. Elle porte ce titre : *Etat puerpéral. Rougeole. Bronchio-pneumonie. Embolie pulmonaire.*

Il est nécessaire, avant de la discuter, d'en reproduire brièvement les détails : il s'agit d'une femme récemment accouchée, qui, au lendemain même de sa délivrance, présenta les symptômes précurseurs de la rougeole. Il faut noter, en passant, qu'il n'y avait pas de fièvre éruptive dans la salle et que la malade, interrogée à ce sujet, se souvint d'avoir vu et pris dans ses bras, 13 à 15 jours avant son accouchement, un petit enfant atteint de rougeole ; elle était donc dans les délais normaux et la grossesse, ici, pas plus que l'état puerpéral, n'ont eu d'influence sur l'apparition de cette complication.

La rougeole suivit son cours, mais, au troisième jour de l'éruption, la respiration devenait embarrassée, la fièvre se rallumait, les crachats étaient expulsés abondants, nummulaires, aérés, et enfin les symptômes physiques venaient confirmer la présence d'une bronchio-pneumonie ; cet état si constant dans le cours de la rougeole ne semblait pas se propager quand, dans la seconde semaine, des symptômes évidents de bronchite capillaire vinrent aggraver la situation ; les poumons étaient infiltrés de râles fins du sommet à la base, et on ne trouvait aucun souffle par une exploration attentive ; la broncho-pneumonie avait donc cédé le pas au catarrhe suffocant, et la malade, cyanosée, presque sans pouls, en proie à des accès de dyspnée intermittents mais fréquents, ne pouvant détruire l'obstacle qui s'opposait à l'hématose, succomba, asphyxiée, sans avoir présenté de

troubles palpables du côté du cœur, car le tumulte des bruits pulmonaires couvrait la région précordiale. C'était au treizième jour du début de l'invasion de la rougeole.

L'autopsie devait révéler des surprises à côté des lésions dont l'existence était prévue; l'utérus et ses annexes furent parfaitement indemnes, et on voit que la puerpéralité par conséquent ne semble jouer ici aucun rôle.

Du côté des poumons, on trouva de la pneumonie lobulaire aux deux sommets, arrivée en certains points à la période de suppuration; vers la partie moyenne, c'est de l'œdème du poumon; enfin, aux bases, on nota de la congestion pulmonaire. L'artère pulmonaire ne présentait rien de particulier à son origine, mais ses branches de division étaient obstruées par des coagula fibrineux emprisonnés dans des masses cruoriques d'origine récente, sur la nature desquels il me faudra revenir; les départements du parenchyme correspondant à ces ramifications artérielles étaient le siège d'infarctus ou de noyaux apoplectiques anciens, cependant, sur le poumon gauche, on voyait en un point du lobe supérieur le parenchyme pulmonaire intact, je veux dire sans modification de consistance, malgré l'obstruction du ramuscule artériel correspondant; cela ne peut s'expliquer qu'en supposant que l'arrêt de la circulation n'était pas total.

Pour le cœur, les lésions existaient seulement dans le ventricule droit, on y trouvait, en effet, à côté de caillots d'agonie sans importance, des caillots durs, fermes, de couleur blanchâtre, fixés contre la face postérieure de l'organe, irréguliers, à surface déchiquetée, cassante. Tels sont les détails que j'ai cru intéressant de reproduire succinctement, il faut maintenant en tirer quelques déductions.

Et d'abord, quelle est la nature de ces caillots intra-cardiaques et intra-pulmonaires, sont-ils de même origine?

La question a déjà été soulevée au sein de la Société, et MM. Rendu, Letulle et Déjerine firent valoir avec justesse que ces coagulations devaient être attribuées à de la thrombose pulmonaire; elles se seraient alors faites graduellement et sans choc collatéral, ce qui expliquerait l'absence de signes physiques immédiats pouvant en dénoter l'existence pendant la vie; ils ajoutèrent qu'il n'est pas rare de voir, chez des enfants morts de rougeole, des thromboses, même anciennes sans apoplexie, accompagnées alors d'atélectasie et d'ecchymoses sous-pleurales. L'endartérite aiguë, comme nous le disent Cornil et Ranvier, engendre souvent la coagulation sanguine; il n'est donc pas étonnant que, même sans faire appel à l'état général de la malade, l'état

inflammatoire du parenchyme pulmonaire ait favorisé le dépôt de ces caillots artériels.

Je crois cependant, et les recherches anatomiques que le Dr Mayor a pu poursuivre sur la pièce l'ont conduit à la même pensée, que l'on peut plus facilement admettre la nature embolique de ces coagulations. On a vu, en effet, que, dans les deux branches de l'artère pulmonaire, le caillot, de la grosseur d'une amande, est irrégulier sur ses faces, se continuant vers la périphérie avec des coagulations cruoriques, mais que son extrémité *centrale* libre, montre une cassure grenue, déchiquetée, sèche, indiquant le résultat vraisemblable d'une solution de continuité brusque et que n'a pu encore régulariser le choc permanent du liquide sanguin. Si l'on poursuit alors sa recherche, on trouve que le caillot emprisonné au sommet du ventricule droit est de dimension à peu près semblable à ceux qui ont été décrits dans les branches de l'artère pulmonaire, que son extrémité supérieure, d'un blanc jaunâtre, rugueuse, évidemment rompue, est recouverte de petits filaments fibrineux fraîchement déposés. Il ne semble donc pas illogique de penser que ces fragments déchiquetés, irréguliers, ne formaient qu'un seul caillot intra-cardiaque rompu dans sa continuité à un moment donné, et donnant lieu à ces obstructions des branches de l'artère pulmonaire, tandis que le coagulum primitif, subsistait diminué là où il avait pris naissance.

Ces coagulations sanguines dans le cœur, pendant l'évolution de la rougeole, ne sont pas, il est vrai, très fréquentes; les auteurs classiques ne les mentionnent pas; dans son article Rougeole du *Dictionnaire encyclopédique*, M. Sanné en cite cependant quelques faits, et le Dr P. Oulmont, chef de clinique de la Faculté, a présenté à la Société anatomique (Bulletins 1876) des pièces pathologiques intéressantes ce sujet; il trouva chez un sujet mort de rougeole, un poumon farci de noyaux apoplectiques du volume d'une noix, et une *thrombose cardiaque* du ventricule droit; les caillots présentaient des traces de stratification, leur partie centrale était ramollie et formée de fibrine revenue à l'état granuleux; ici encore, on pouvait invoquer pour expliquer ces coagulations intra-pulmonaires déterminant de l'apoplexie, l'origine embolique.

Il resterait à rechercher si la thrombose cardiaque a été développée pendant et par la grossesse, ou par la rougeole et ses complications. Il est peu probable que la grossesse ait amené ces coagulations, car elles ne sont guère compatibles avec un bon état de santé, et la parturiente n'avait rien éprouvé pendant les derniers jours avant son accou-

chement, rien accusé qui ait dénoté quelques troubles cardiaques. On peut plus facilement en attribuer la pathogénie à la lésion pulmonaire consécutive à la rougeole, c'est dans la broncho-pneumonie à noyaux confluent (Joffroy) que l'on trouve des coagulations fibrineuses, qui peuvent remonter des bronches capillaires jusque dans les bronches de quatrième ou de cinquième ordre.

Pour expliquer leur marche et leur évolution, M. Joffroy donne une interprétation séduisante : c'est à tort, dit-il, qu'on a voulu faire jouer à ces caillots un rôle important dans la production des accidents thoraciques. C'est précisément l'inverse qui a lieu, ce sont les troubles pulmonaires qui produisent la gêne circulatoire, déterminent la réplétion du cœur droit et du système veineux, et donnent ainsi lieu à une asystolie aiguë, pendant laquelle sans doute commencent à se produire les coagulations cardiaques qui accélèrent la terminaison fatale (péri-pneumonie maligne polypeuse).

4. Pneumonie lobaire suppurée au septième jour (chez un alcoolique ?) ; par Ed. JUHEL-RÉNOY, interne des hôpitaux.

Le 5 novembre 1880, entre, salle St-Éloi, service de M. RIGAL, le nommé Léon X..., âgé de 34 ans, cultivateur, n'ayant jamais été malade et ne présentant aucun antécédent pathologique. Il nie toute habitude alcoolique antérieure.

Il y a 3 jours, dit-il, il a été pris brusquement d'un frisson intense et prolongé, puisqu'il a duré toute la nuit. Concurremment à ces symptômes, il ressentait un violent point de côté sous le sein droit et une dyspnée très intense. Dès ce moment, il y aurait eu, au dire du malade, une expectoration sanglante.

État actuel. Le 4 novembre, au moment où nous examinons le malade, il est en proie à une forte dyspnée et son point de côté augmente la gêne respiratoire. Faciès rouge, animé. Peau chaude. T. A. 39,0, 2. Pouls plein, 104.

Appareil pulmonaire. Matité considérable en arrière et à droite, prédominante au niveau de la fosse sus-épineuse. En avant et sous la clavicule droite, obscurité du son.

A l'auscultation, absence du murmure respiratoire dans le sommet droit. En faisant tousser le malade, on perçoit très éloignés de l'oreille et assez rares, quelques râles crépitants fins. Dans l'aisselle, il nous semble percevoir du souffle lointain. Retentissement de la voix. Dans le reste des deux poumons, râles muqueux disséminés.

L'expectoration manque, il n'y a que quelques crachats aérés, blanchâtres, sans valeur.

On n'en admet pas moins l'existence d'une pneumonie profonde, coiffant le sommet du poumon droit, et on ordonne six ventouses scarifiées.

Le 6 novembre au matin, la dyspnée est modérée, le point de côté a presque entièrement disparu et la pneumonie est certaine. En effet, dans l'aisselle et la fosse sus-épineuse du côté droit, souffle tubaire type, mélangé de râles crépitants au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. L'expectoration manque. Faciès bon, T. A. 39°, 1. P. 120; tout le complexe symptomatique semble autoriser un pronostic des plus favorables.

Le 6, au soir, le souffle s'est un peu étendu et le malade semble un peu affaibli. Pot. Todd à 20 grammes.

L'expectoration a changé de caractère, elle est caractéristique (jus de prunaux), la dyspnée est très faible. Dans la nuit du 6 au 7, le malade a été pris d'un délire violent, il s'est levé, s'est jeté sur un infirmier, a lutté, et l'on s'est vu obligé de le maîtriser au moyen de la camisole de force. Ce matin (7 nov.), il est en plein délire, l'œil hagard, menaçant, très loquace, cherchant à se défaire de ses liens. Les phénomènes d'auscultation n'ont pas changé. On élève la dose de Todd à 40 grammes, et l'on prescrit 0,10 centig. d'extrait thébaïque en 4 fois.

8 novembre. Même état; le malade a déliré depuis hier et a été dans un tel état d'agitation qu'on n'a pas pu prendre sa température. Pouls rapide, 144, petit, serré. Hallucinations de la vue. Souffle très intense à l'angle inférieur de l'omoplate. Il n'y a plus d'expectoration. — Le 8, au soir, le malade est dans un coma profond, sueurs froides, visqueuses, délire peu bruyant, mêmes crachats jaunâtres, sans odeur, sans traces de pus à l'œil nu. Souffle dans toute la hauteur postérieure du poumon droit. Pouls très-mulant. Battements du cœur, sourds et tumultueux.

Le malade succombe le 9, au matin, dans un coma profond.

AUTOPSIE le 10 novembre. — *Poumons.* Au moment où l'on extrait les poumons, il s'écoule une assez notable quantité de pus jaunâtre du poumon droit. Celui-ci présente des adhérences récentes au niveau du lobe moyen, partie postérieure. Il y a pleurésie sèche dans une hauteur équivalant à 8 ou 10 centimètres. Tout le lobe supérieur est le siège d'une pneumonie franche, au 2° degré. Le lobe moyen est en pleine destruction; et la cavité qui contenait le liquide purulent mentionné plus haut, est traversée par des brides semblables à celles des cavernes. Le tissu pulmonaire lavé

sous un filet d'eau, fait constater l'absence de tubercules et de gangrène pulmonaire, il n'y a aucune odeur ni couleur rappelant cette affection. Le lobe inférieur est très congestionné. Le poumon gauche également.

Cœur. Rempli de caillots mous, noirâtres, diffluent; sain d'ailleurs ainsi que le myocarde et l'endocarde. — *Reins.* Durs, d'une coloration vineuse accentuée, congestion de la substance médullaire. — *Rate.* Très grosse, friable. *Cerveau.* — Rien à l'œil nu.

RÉFLEXIONS. — L'observation précitée nous semble intéressante par la marche rapide d'une pneumonie, qui semblait très bénigne au début. La terminaison par suppuration, rare dans un aussi bref délai, semble devoir être mise sur le compte de l'alcoolisme antérieur du sujet; car rien n'autorise à soupçonner l'existence d'un foyer de gangrène pulmonaire chez le sujet. Ni sa profession, ni sa bonne santé antérieure, ni le début franc et brusque de la maladie, le genre de l'expectoration, l'absence de l'odeur, tout milite en faveur de cette opinion, et c'est pour cela qu'il nous a paru intéressant d'attirer l'attention de la Société sur cette pneumonie suppurée.

M. CHARCOT fait remarquer qu'on voit sur la pièce des lambeaux détachés qui rappellent plutôt la gangrène pulmonaire.

5. Sarcome mélanique de la tempe droite ayant débuté par une tumeur érectile veineuse; récidive ganglionnaire; tumeur cérébrale de même nature; par Albert MATHIEU, interne des hôpitaux.

La nommée B. B..., 50 ans, est entrée une première fois, dans le service de M. Cusco, à l'Hôtel-Dieu, au mois de février 1880. A cette époque, elle portait au niveau de la partie antérieure de la tempe droite une tumeur noirâtre violacée de la largeur d'une pièce de un franc, environ. Dès son enfance, il existait là, une *tache de vin* qui avait fini par faire une légère saillie et présenter tous les caractères d'une tumeur érectile veineuse. Depuis 2 à 3 mois, cette tumeur était devenue dure, douloureuse, saignante, et il s'était développé au-devant du conduit auditif un petit ganglion dur, indolent, roulant sous le doigt, sans modification de la peau.

La tumeur fut enlevée à cette époque à l'aide du causti-

que sulfo-carbonique. L'enlèvement fut complet. Pendant l'élimination des eschares, le ganglion observé dans la région parotidienne augmenta de volume et devint douloureux ; il était manifestement enflammé.

Au mois d'octobre, cette femme rentrait de nouveau dans le service. La cicatrisation avait été parfaite au niveau de la tumeur primitive, mais il s'était fait dans la région parotidienne une récurrence ganglionnaire étendue. Toute la région, jusqu'à la partie inférieure de la tempe correspondante, est remplie par des masses dures, arrondies, dessinant nettement les divers ganglions atteints et faisant sous la peau un relief marqué. La peau est tendue, adhérente à ce niveau ; elle présente une coloration bleuâtre, vineuse, et son aspect au niveau des soulèvements bosselés rappelle absolument la tumeur primitive. Un des ganglions ainsi dégénérés, fait une saillie du volume d'une petite noix.

Celles de ces bosselures qui siègent dans la région temporale sont adhérentes aux parties profondes. Toutes présentent le même caractère de dureté et de résistance.

Cette généralisation s'était faite lentement d'abord, plus rapidement dans les derniers temps. La malade accusait des douleurs névralgiques intenses dans tout le côté correspondant de la face.

Depuis un mois à 5 semaines, l'agitation et l'inquiétude avaient fait place à une sorte de torpeur. Les douleurs avaient disparu.

Au moment de l'entrée, la malade semble plongée dans une continuelle hébété. Lorsqu'on lui parle, elle regarde fixement, et lorsqu'elle répond, ce n'est que par monosyllabes, après quelques instants de silence. Parfois, cependant, il est possible d'obtenir pour réponse des phrases très-simples ; souvent il faut pour cela insister et répéter les questions. A d'autres moments, la torpeur semble plus profonde et la seule chose qu'on parvienne à tirer de la malade, c'est qu'elle nous regarde avec deux grands yeux hébétés. Il faut noter qu'à sa première entrée, elle présentait déjà un certain degré de surdité.

Il n'y a pas de fièvre, l'appétit est assez faible. Souvent, pendant les repas, il survient des quintes de toux, dues manifestement à ce que le voile du palais étant paralysé, des particules alimentaires tombent dans le larynx.

Au bout de quelques jours, on s'aperçoit que la malade ne se sert pas spontanément de sa main gauche ; le bras reste dans le lit, immobile, étendu le long du corps. Lorsqu'on se fait serrer la main par la malade, on constate de ce côté une diminution très notable de la force. Il ne semble pas y

avoir de diminution de la motilité dans le membre inférieur. Il y a une évidente paralysie de tout le côté droit de la face, du front, comme de la partie inférieure du visage. La bouche est légèrement déviée vers la gauche. Il est difficile de déterminer, en raison de cette circonstance, s'il y a de la paralysie faciale du côté gauche. Les sillons, toutefois, semblent plus accusés de ce côté, et le froncement du front est très évident. Il n'y a pas de déviation des yeux, pas d'inégalité des pupilles. La sensibilité ne semble pas modifiée.

Les choses demeurent dans cette état pendant quelques jours. Le 30 octobre, on constate de la fièvre; l'hébétude est plus marquée, la respiration est stertoreuse; le malade est dans un demi-coma d'où il est difficile de la tirer. Elle ne répond pas aux interrogations qu'on lui fait. Il y a dans le bras gauche un certain degré de contracture. Cette contracture est facile à vaincre, mais les mouvements des articulations paraissent douloureux. Il ne semble pas y avoir d'hyperesthésie certaine. Les choses sont à peu près dans le même état au membre inférieur, bien qu'à un degré notablement moindre. Il y a un peu de dilatation de la pupille droite; pas de strabisme.

Même état avec des alternatives de mieux et de pis jusqu'au 3 novembre. La fièvre est alors beaucoup plus vive, la température monte à 40°. La contracture douloureuse est plus marquée; la palpation des masses musculaires provoque des cris et des mouvements de défense. La respiration est difficile, fréquente, stertoreuse. A l'auscultation, on ne constate rien de particulier.

Jusqu'au 6 novembre, somnolence comateuse; contracture moins marquée faisant place à une véritable résolution. Dilatation prononcée de la pupille droite. Température tombant à 39°,5 puis à 39°.

Le 6, au soir, la température remonte à 40°; la respiration est stertoreuse, le coma complet.

La température monte le 7 à 40° et la malade meurt à minuit avec 41°.

AUTOPSIE faite 36 heures après la mort. — On constate une adhérence complète de la peau au niveau des ganglions engorgés. Dans la région temporale, ces ganglions sont adhérents au périoste, mais la surface osseuse elle-même n'est pas entamée.

On enlève le cerveau. La dure-mère est sillonnée de veines turgescentes, plus saillantes à droite. La pie-mère est également injectée, et plus injectée à droite qu'à gauche. Les parois du crâne sont normales; la face interne de la

dure-mère est lisse et brillante dans toute son étendue. Elle adhère peu aux os du crâne par sa face externe. La face externe de ces os est partout normale et en particulier au niveau de la fosse temporale. La pie-mère s'enlève facilement de la surface du cerveau.

Au niveau de la région temporale, à la hauteur de la 1^{re} et de la 2^e circonvolutions temporales, vers leur partie moyenne, on aperçoit une tumeur enveloppée par la masse cérébrale et faisant à l'intérieur un large relief. Cette tumeur dure présente une coloration noirâtre.

Une coupe passant par les éminences mamillaires rencontre cette tumeur par sa partie moyenne. Elle présente à peu près le volume d'une noix; elle est très légèrement mamelonnée, framboisée; à la coupe, elle présente une coque noirâtre, rappelant la couleur des ganglions de la région parotidienne; le centre est jaunâtre. La consistance de la tumeur est dure, résistante, élastique.

Cette tumeur s'énuclée facilement de la loge qu'elle occupe. Elle est entourée par une zone de ramollissement de plus en plus prononcée à mesure qu'on se rapproche de sa surface. Ce ramollissement se poursuit vers les parties profondes; et le cerveau présente jusque sur la moitié externe de la capsule interne une coloration chair saumon, qui va en s'atténuant progressivement. Le ramollissement et la coloration ocre pâle s'étendent à peu près également dans toutes les directions au pourtour de la tumeur. Pas d'empâchement dans les ventricules cérébraux.

Les poumons sont congestionnés, surtout suivant leur bord postérieur. Partout ils crépitent sous le doigt; nulle part d'induration, ni même de splénisation apparente.

Le cœur est petit, un peu flasque, sans lésion apparente.

Les reins sont petits, un peu décolorés. La rate est petite; un peu diffluite, facile à déchirer.

Le foie est de couleur rouge olivâtre peu foncé. Les lobules se distinguent difficilement les uns des autres.

RÉFLEXIONS. — Cette observation présente plusieurs points intéressants.

Les caractères macroscopiques permettent d'affirmer qu'on avait affaire à un sarcome mélanique développé aux dépens d'une tumeur érectile veineuse. Il s'est fait une récidive ganglionnaire après l'enlèvement de la tumeur primitive; coloration noire à leur périphérie et vascularisation veineuse étendue de la peau adhérente. Il s'est fait à distance un seul foyer de propagation, et la tumeur

cérébrale, complètement isolée des tumeurs primitives et secondaires présentait, à l'œil nu, à peu près le même aspect que les ganglions parotidiens; coque noirâtre, mélanique, centre jaunâtre, dureté élastique.

Cette tumeur a certainement passé inaperçue pendant assez longtemps et elle s'est révélée seulement sans doute au moment où s'est produite la zone de ramollissement qui l'enveloppait. Au moment où l'autopsie a été faite, on s'attendait à trouver les os du crâne perforés, la tumeur extérieure faisant saillie dans la cavité crânienne. De plus, en vertu de l'existence des troubles de la motilité, on pensait rencontrer un prolongement comprimant les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes.

L'existence de la zone de ramollissement se continuant jusqu'à la capsule interne explique bien la parésie observée d'abord, et l'hyperesthésie musculaire et articulaire constatées plus tard. Il faut noter que la capsule se trouvait atteinte en arrière de sa partie moyenne.

Pendant 5 ou 6 jours, le thermomètre a oscillé autour de 40°; cette élévation de la température s'explique par l'existence du foyer d'encéphalite. Il n'y avait rien dans les poumons, non plus que dans les autres viscères, qui pût expliquer cet état pyrétiqque; et c'est au moment de cette élévation thermique que s'est montrée la contracture douloureuse.

Le siège occupé par la tumeur du côté droit est précisément celui que des auteurs allemands assignent du côté gauche à la surdité verbale, à l'aphasie sensitive. L'état d'hébétéude, la lenteur des réponses, la difficulté de tirer de la malade la phrase la plus insignifiante reproduisent assez bien ce que Kussmaul, Wernich et d'autres ont décrit sous le nom de *Worttanbheit*.

La lésion siège précisément du côté droit; et certainement il faut rapporter l'hébétéude, la lenteur des réponses, bien que celles-ci fussent précises, en rapport avec la demande, bien plutôt à la somnolence, au coma, à un trouble fonctionnel vague, qu'à une lésion précise et limitée.

6. Pneumonie. — Hépatisation grise totale et uniforme du poumon droit; par Adhémar ROBERT.

Le nommé L. François, terrassier âgé de 39 ans, est entré

le 2 novembre dans le service de M. EMPIS, Hôtel-Dieu. Le malade a déjà eu il y a six ans une pneumonie du côté gauche. Il nie tout antécédent d'alcoolisme, et, d'ailleurs, n'en présente aucun symptôme.

Il y a deux jours, ce malade étant en sueur but un verre d'eau froide vers deux heures du soir. Presque aussitôt, il fut pris de malaise et bientôt d'un frisson violent qui ne lui permit pas de continuer son travail. Ce frisson se prolongea une partie de la nuit et fut suivi d'une fièvre vive. Le lendemain, le malade fut pris d'un point de côté à droite avec dyspnée et toux qui était suivie de l'expulsion de crachats rouillés. Depuis le frisson, le malade a perdu l'appétit, mais n'a pas eu de vomissements ; il a une soif vive et de la constipation.

A l'entrée, on trouve le soir, à la percussion, de la matité au quart inférieur du poumon droit sur la ligne axillaire. A l'auscultation, on trouve dans les mêmes points du souffle tubaire mélangé de râles crépitants fins et de la bronchophonie, S. T. A. 39°, 9.

3 novembre. Mêmes symptômes. La pneumonie s'est étendue en arrière tout en persistant sur la ligne axillaire. Traitement. Eau de Sedlitz, 2 verres ; potion avec poudre de feuilles de digitale 0 gr. 15 ; 8 ventouses scarifiées sur le côté droit. T. M. 38°, 9. S. 39°, 6.

4 novembre. La pneumonie s'est étendue à la partie antérieure de la base du poumon et en arrière elle a gagné en hauteur. T. M. 38°, 7. S. 39°, 8. On continue la potion à la digitale.

5 novembre. L'hépatisation continue à progresser de bas en haut. Le sommet reste seul indemne. T. M. 39°, 6. S. 39°, 3. Même traitement.

6 novembre. Le poumon droit est tout entier envahi. Partout on trouve du souffle tubaire, qui, au sommet, est mélangé de râles crépitants fins, tandis qu'à la base il est mélangé de gros râles. Le malade souffre d'une dyspnée très vive. T. M. 39°, 1. S. 39°, 4.

7 novembre. Mêmes symptômes. Les crachats sont plus séreux quoiqu'ils conservent encore la teinte rouillée. T. m. 39° 5. S. 38° 4. Traitement. On ajoute à la potion de digitale 60 gr. de rhum.

8 novembre. Malgré l'abaissement de la température, le malade se plaint toujours de difficulté à respirer. T. M. 38°. S. 40°, 3.

9 novembre. Toute l'étendue du poumon droit présente du souffle tubaire mélangé de gros râles muqueux. A la base gauche, on trouve des râles sous-crépitaux, qui persis-

tent jusqu'à la mort. Les crachats sont formés de sérosité de couleur jus de pruneaux, recouverte d'une mousse d'un gris sale. Le malade a une langue poisseuse. T. M. 39°,8. T. S. 40°.

10 novembre. Les crachats sont moins abondants. Le malade a la langue sèche. Les lèvres et les dents sont recouvertes de fuliginosités. T. M. 39°,4; S. 40°.

11 novembre. L'expectoration est supprimée depuis hier. Le malade a eu du délire pendant la nuit pour la première fois. — Il succombe à 10 heures du matin.

AUTOPSIE 24 heures après la mort. — *Thorax*. Du côté droit, les deux feuillets de la plèvre sont adhérents dans toute leur étendue. A la base, ils sont réunis par une pseudo-membrane jaunâtre d'environ un centimètre d'épaisseur. Le poumon droit est beaucoup plus volumineux que le gauche. Sa surface présente des dépressions correspondant aux côtes. Il pèse 2200 grammes. A la coupe, le poumon présente un aspect granité de couleur grisâtre. En raclant la surface de coupe, on obtient une matière molle grisâtre. Le doigt pénètre facilement dans ce tissu. Les fragments tombent au fond de l'eau. Nous avons donc là les caractères classiques de l'hépatisation grise. Mais, ce qu'il y a de remarquable, c'est que la lésion occupe uniformément toute l'étendue du poumon droit, n'étant pas plus avancé en un point qu'en un autre.

Le poumon gauche pèse 560 gr. il est très congestionné. A la coupe, il laisse écouler en abondance une sérosité rouge spumeuse.

Cœur. Pas de lésions valvulaires. Myocarde jaune feuille morte. Le péricarde contient une sérosité trouble, contenant quelques flocons fibrineux, quoique cette séreuse ne soit pas dépolie. — L'*aorte* n'est pas du tout athéromateuse, fait qui s'accorde avec les affirmations du malade qui niait tout antécédent alcoolique.

Le *foie* était volumineux et pesait 2120 gr. — La *rate* était ramollie, lie de vin, volumineuse et pesait 390 gr.

RÉFLEXIONS. — La température, dans ce cas, a présenté au 8^e jour une chute incomplète qui a duré 24 heures et qui a été suivie d'une recrudescence, avec ascension plus considérable que celles qu'on avait observées jusque-là.

7. Rétrécissement syphilitique de la trachée; par OUDIN, interne des hôpitaux.

Le nommé Millard, employé de bureau, âgé de 35 ans,

entre le 29 octobre 1880 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Augustin, n° 17 bis, service de M. OULMONT, suppléé par M. RAYMOND.

Cet homme, d'une constitution robuste, n'a jamais eu d'autre maladie qu'une syphilis, en 1876. Elle a été caractérisée par un chancre induré, une roséole et des plaques muqueuses, accidents qui ont été soignés par un traitement hydrargyrique, et, plus tard, par l'iodure de potassium. Le malade suivit ce traitement pendant environ 3 mois, et, depuis lors, il n'a rien pris.

Jamais, avant sa maladie actuelle, il ne toussait, il n'était pas sujet à s'enrhumer, en somme, il jouissait d'une parfaite santé. Son aspect général est bon, c'est un homme d'apparence robuste, petit, brun, sans trace de lymphatisme; on voit encore aujourd'hui sur le fourreau de la verge une cicatrice blanche qui est celle du chancre, dans les deux aines existe le chapelet ganglionnaire.

Le malade fait remonter le début de son affection actuelle au mois d'avril de cette année, ou au commencement de mai. Alors, apparurent quelques quintes de toux, mais sans accès de suffocation. Cette toux devint de plus en plus pénible, et, au mois d'août, apparurent les premiers accès de suffocation; alors le malade s'essouffait très facilement, sa toux était si fréquente, réveillée par la moindre cause, qu'il fut obligé d'interrompre ses occupations pendant deux mois.

Au commencement d'octobre, il voulut reprendre son travail, mais ne put rester à son bureau plus de 15 jours, il éprouvait dans la poitrine de grandes souffrances, une sensation continuelle de gêne, d'oppression. Les nuits devenaient de plus en plus mauvaises, et, lors de son entrée à l'hôpital, il n'a pas dormi depuis 60 heures.

29 octobre. Le malade est en proie à une grande oppression, cornage intense; les yeux sont saillants, l'anxiété est extrême, le pouls petit, la face pâle, couverte de sueur.

En présence de ces symptômes et ignorant le siège exact de l'obstacle, bien qu'extérieurement on ne sente rien d'anormal dans la région du larynx, M. Raymond me conseille de pratiquer la trachéotomie. L'opération se passe très simplement, mais, une fois la canule en place, l'oppression et le cornage, le sifflement trachéal restent les mêmes. La persistance des symptômes indique assez que l'obstacle siège au-dessous du larynx et qu'il s'agit probablement d'un rétrécissement syphilitique de la trachée.

Pourtant, quelques heures après l'opération, apparut un mieux sensible qui alla s'accroissant le lendemain et le surlendemain. On sentait bien que l'obstacle subsistait tou-

jours, mais la respiration était devenue bien plus facile. Cette amélioration ne fut que passagère, le 2, la dyspnée était devenue tout aussi prononcée qu'avant la trachéotomie, et, en même temps, l'auscultation faisait entendre aux deux bases quelques râles de bronchite.

5 novembre. La bronchite s'est généralisée, la dyspnée est extrême, les quintes de toux continuelles et très pénibles. Le malade meurt le 6, à 7 heures du matin.

AUTOPSIE le 7, 25 heures après la mort. — Les organes respiratoires enlevés ne présentent extérieurement rien de caractéristique, on constate seulement, autour du tiers inférieur de la trachée, quelques ganglions un peu hypertrophiés; le plus gros a le volume d'une amande. Ils sont mobiles sur la trachée et forment trois groupes répondant aux ganglions intertrachéobronchiques, trachéaux, latéraux et bronchiques. Aucun de ces ganglions, par son volume, ne peut comprimer le tube trachéo-bronchique.

Les poumons sont le siège d'une congestion oedémateuse considérable, leur tissu rouge lie de vin laisse écouler à la coupe beaucoup de liquide spumeux, partout il surnage.

La trachée, incisée en arrière dans toute sa longueur, montre la cause de l'obstacle à la respiration; c'est un rétrécissement qui occupe le quart inférieur de la trachée et l'origine des deux bronches, dans une étendue de deux centimètres pour la gauche et de trois pour la droite.

Ce rétrécissement est formé par une tuméfaction considérable de la muqueuse, à la surface de laquelle se remarquent de petites ulcérations disséminées, variant du diamètre d'une pièce de 50 centimes à celui d'une lentille; la plupart sont superficielles, l'une, pourtant, laisse apercevoir dans son fond un point blanc qui n'est autre chose qu'un cartilage nécrosé. Enfin, en certains points, la muqueuse, comme déchiquetée, cache des petits trajets fistuleux sous-muqueux au fond desquels on ne trouve pas de cartilages à nu. Un de ces trajets perfore de part en part la paroi de la trachée et vient aboutir à un ganglion intertrachéo-bronchique droit, creusé d'une petite géode; ce ganglion a tout au plus le volume d'une noisette.

La tuméfaction de la muqueuse est telle que le calibre de la trachée et des bronches est presque complètement obstrué et laisserait tout au plus passer une plume d'oie. A partir des premières divisions bronchiques, la muqueuse redevenait parfaitement saine. — Les autres organes ne présentent rien à signaler.

M. DÉJÉRINE demande s'il ne s'agit pas là d'une altéra-

tion primitivement ganglionnaire, la suppuration du ganglion s'étant fait jour dans la trachée.

M. LETULLE. qui a déjà observé un fait analogue à ceux auxquels fait allusion M. Déjerine, dit que, dans ce cas, la muqueuse ne présentait pas ces altérations superficielles qui se remarquent ici, qui semblent bien primitives, et que n'expliquerait pas le peu d'altération des ganglions.

M. DÉJÉRINE. Je crois qu'il serait bon de faire quelques réserves sur la nature de la lésion que l'on vient de nous présenter. En examinant la face interne de la trachée, on voit qu'il existe plusieurs perforations, dont quelques-unes conduisent dans des ganglions mélaniques. Cette pièce présente beaucoup d'analogie avec les altérations trachéo-bronchiques observées à la suite d'affections ganglionnaires, en particulier de la mélanose des ganglions trachéaux et bronchiques, altérations parfaitement étudiées ces dernières années en Allemagne (Recklinghausen, Zenker, Zahn, Ekernod). La pigmentation des ganglions du médiastin aboutit en effet, assez souvent, à des adhérences avec les organes voisins, bronches, trachée, œsophage ; ces adhérences déprimant la paroi muqueuse de ces conduits, forment ce que les allemands appellent les diverticules de traction, première cause d'altération du tissu, c'est la première phase du processus, à laquelle succède bientôt une deuxième, à savoir le ramollissement du ganglion, et le passage de son contenu dans la cavité muqueuse. J'ai rencontré ces altérations dans plusieurs autopsies, et je crois qu'on ne leur a pas encore accordé jusqu'ici, l'attention qu'elles méritent, dans la pathogénie des altérations bronchiques ou bronchopneumoniques. Il existe en effet des pneumonies lobulaires qui sont la conséquence de l'ouverture d'un ganglion ramolli dans une bronche (Recklinghausen), la même lésion est la cause de bon nombre de périocardites soi-disant spontanées (Zahn), l'œsophage lui-même, a été trouvé lésé dans ces conditions (Zenker). En résumé, je crois qu'avant d'inscrire la pièce qu'on vient de nous présenter à l'actif des rétrécissements syphilitiques de la trachée, il serait bon d'en faire un examen approfondi, et surtout d'en pratiquer l'examen microscopique.

M. LETULLE dit qu'il y a des cicatrices longitudinales et superficielles qui ne peuvent avoir cette origine.

M. KIRMISSON montre qu'il n'y a pas de ganglion au niveau des ulcérations supérieures de la trachée.

8. M. LETULLE présente des *kystes hydatiques* du *poumon* et du *foie*. Lorsque la membrane mère du kyste pulmonaire est enlevée, on découvre que la bronche inférieure est largement ouverte.

9. **Kyste hydatique du rein gauche. — Déchirure traumatique du rein et épanchement de sang dans la cavité du kyste;** par DE LAPERSONNE, interne des hôpitaux.

Le 5 novembre 1880, on transportait à l'hôpital St-Louis un jeune homme de 26 ans, qui venait de tomber de la hauteur d'un premier étage. Dans sa chute, la paroi antérieure de l'abdomen avait porté sur le bord d'un trottoir.

A son entrée, outre une douleur très vive de la paroi abdominale, on reconnaît les signes d'une hémorrhagie interne, mais pas d'hématurie, pas de vomissement de sang, pas de malaise.

Dès le lendemain, il avait une péritonite aiguë généralisée. Mais, nous obtenons du malade un renseignement très important. Au mois d'août, il a été traité pour un kyste hydatique dans le service de M. Vulpian, remplacé par M. Troisier; on avait diagnostiqué : kyste hydatique du lobe gauche du foie. A cette époque, la tumeur occupait l'épigastre et tout le flanc gauche. Une ponction aspiratrice avait retiré 4 litres de liquide très clair, contenant des crochets. Ce jeune homme était sorti quelques jours après, et, depuis, il avait été bien portant.

Notre malade est mort 48 heures après son entrée à St-Louis, avec tous les signes d'une péritonite aiguë.

AUTOPSIE. — Nous trouvons d'abord les signes de la péritonite, mais pas de traces de perforation.

Le kyste hydatique volumineux occupe tout le flanc gauche, descend dans la fosse iliaque, ne remonte pas au-dessus du rebord des fausses côtes, il occupe la face antérieure du rein, l'extrémité supérieure restant libre. Il n'arrive pas jusqu'à l'épigastre. La masse de l'intestin grêle est repoussée à droite, quant au colon descendant, il adhère à la partie interne de la tumeur, formant une grande courbe à concavité gauche, puis s'enfonce au-dessous de la tumeur pour gagner la fosse iliaque gauche.

Les parois de la tumeur sont épaisses, calcifiées en certains points. La poche étant ouverte, il s'écoule une assez grande quantité de sang liquide et en caillots. La vésicule de l'hydatide n'avait pas été perforée, elle sort au milieu des caillots. Elle contient un liquide légèrement trouble et deux gros grumeaux de pus concrété.

Toute l'extrémité inférieure du rein est déchirée, et la déchirure s'ouvre dans la cavité du kyste et dans le tissu cellulaire rétro-rénal, qui est plein de caillots.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue.

1° Par la déchirure et l'attrition d'une partie de son tissu, sans aucune lésion de la paroi abdominale et sans que le malade ait eu des hématuries.

2° De plus, l'épanchement sanguin s'était fait entre la tunique adventice et la vésicule germinale. Il s'agissait, en effet, d'un kyste en voie de guérison; les grumeaux de pus trouvés dans son intérieur, le prouvent d'une manière suffisante. Mais la paroi externe, épaisse, résistante, n'avait pu suivre le retrait de la tunique interne.

M. LETULLE dit que ce malade a été en effet ponctionné dans le service de M. Vulpian, suppléé par M. Troisième, mais on n'avait pas pu décider si le kyste s'était développé aux dépens du foie, de la rate ou du rein.

10. Fièvre typhoïde compliquée de gangrène des extrémités inférieures; par BEAUMANOIR, chef des travaux anatomiques à l'Ecole de Brest.

B... 22 ans, soldat au 19^e de ligne, (service de M. CRAS, Hôpital de la marine de Brest).

Ce jeune homme a fait pour bronchite un premier séjour à l'hôpital de la marine de Brest, du 28 Mars au 10 Mai 1880.

Le 18 août suivant, il rentre pour fièvre typhoïde. 7 jours après sa rentrée, c'est-à-dire le 25 Août, il se plaint de douleurs vagues par tout le corps, avec sensation de fourmillement et même de brûlure dans les extrémités inférieures qui se cyanosent et se refroidissent rapidement.

28 Août. Les deux jambes jusqu'au lieu dit d'élection sont couleur lie de vin. Les mouvements des orteils sont impossibles ainsi que ceux des pieds. Point de battements, ni à la pédieuse ni à la tibiale postérieure droite et gauche.

Température des deux jambes paraissant très basse au toucher.

31 août. Apparition de phlyctènes pleines d'une sérosité roussâtre sur la moitié inférieure des jambes.

5 Septembre. Le malade est envoyé de la salle où il se trouvait dans le service de M. Cras, chirurgien en chef. C'est là que j'ai vu le malade en question. La peau des pieds est sèche, noirâtre, raccornie. Celle des jambes est tuméfiée, humide. Il y a des phlyctènes crevées qui laissent suinter un liquide séro-purulent, un peu roussâtre, fétide. L'exploration des deux fémorales, sur l'éminence iléo-pectinée, ne laisse percevoir que de très faibles battements.

Une zone inflammatoire, séparant les parties gangrénées de celles qui paraissent vivre encore tant bien que mal, se montre de chaque côté, au niveau du lieu d'élection.

Du 5 au 12 cette zone se prononce plus nettement à gauche qu'à droite.

12 Septembre. M. le professeur Cras se décide à débarrasser le malade de sa jambe gauche. L'opération est faite entre le mortet le vif, sans chloroforme. Pas d'hémorrhagie. Aucune ligature n'est posée.

Du 12 au 16. Le moignon n'est pas envahi par la gangrène. Mais le travail pathologique continue son évolution du côté opposé, sans toutefois que la gangrène dépasse la zone inflammatoire sus-mentionnée.

L'état général s'aggrave et le malade succombe le 16 à 9 heures du matin.

Depuis l'entrée du malade dans le service de M. Cras, le cœur a été examiné à diverses reprises et avec soin par le professeur.

Les bruits étaient sourds, quoique l'organe battit énergiquement. Aucun bruit de souffle n'a été constaté.

AUTOPSIE faite 48 heures après la mort. — *Aspect extérieur* : Amaigrissement. Aspect de débilité et de misère physiologique. Amputation de la jambe gauche, comme il a été dit plus haut. Au membre inférieur droit : Gangrène sèche du pied. Gangrène humide de la jambe jusqu'au lieu d'élection.

Cavité abdominale. Arborisations vasculaires très-développées sur l'intestin grêle distendu par des gaz. Plaques de Peyer hypertrophiées. Deux d'entre elles offrent des ulcérations en voie de cicatrisation. — *Foie*. Normal. — *Rate*. Un peu grosse, plutôt ramollie. — *Vessie*. Pleine d'urine trouble. — *Reins*. Rien de particulier.

Cavité thoracique. *Poumons*. Adhérences pleurales nombreuses et résistantes, surtout à droite. Hypostase pul-

monaire très prononcée des deux côtés, mais les poumons crépitent bien. Pas de tubercules pulmonaires.

Péricarde. Il renferme 20 à 30 grammes de sérosité rougeâtre.

Cœur. Il est assez volumineux, un peu flasque. Les fibres musculaires sont décolorées. Le ventricule droit contient un caillot fibrineux, adhérent aux colonnes charnues, représentant une bandelette de 25 millimètres de large sur 2 millimètres d'épaisseur. Il se prolonge d'une part très loin dans l'artère pulmonaire et ses branches, d'autre part dans l'oreillette et l'auricule.

Le *ventricule gauche*, outre une notable quantité de sang de couleur et de consistance gelée de groseille, contient un caillot fibrineux très long, large de 25 à 30 millimètres, épais de 1 à 2 millimètres. Par sa portion intra-ventriculaire, il adhère fortement aux colonnes charnues. Il envoie un prolongement dans l'oreillette et les veines pulmonaires. Un autre pénètre dans l'aorte et peut être suivi jusqu'à l'origine des premières intercostales. La portion aortique de ce caillot envoie des branches dans les trois gros troncs qui naissent de la crosse du vaisseau. Au niveau des valvules sigmoïdes, il est moulé sur leur face concave dont il reproduit bien l'empreinte.

Ces caillots cardiaques sont fermes, résistants, élastiques, d'un blanc jaunâtre. C'est à peine si, par ci par là, ils présentent quelques points un peu rouges. C'est en un mot le type des caillots actifs d'Hodgson et Broca.

Endocarde. Ni l'endocarde, ni la tunique interne des artères pulmonaire et aorte ne présentent d'altération morbide, sauf peut-être une légère teinte rougeâtre, due de toute évidence à l'imbibition cadavérique.

Système artériel. Rien à l'aorte jusqu'à sa bifurcation en iliaques primitives.

A ce niveau, deux petites artères, qui naissent au lieu habituel d'origine de la sacrée moyenne qu'elles paraissent remplacer, contiennent un caillot fibrineux.

Côté gauche. L'iliaque primitive et ses branches de bifurcation interne et externe sont saines. Il en est de même de l'épigastrique et de la circonflexe iliaque. A partir de son origine, la fémorale commune renferme un caillot qui se divise en deux branches dont l'une pénètre dans la fémorale superficielle, et l'autre dans la fémorale profonde. A première vue, ce caillot semble être tout cruorique ou passif, mais une incision pratiquée selon son grand axe montre un noyau manifestement fibrineux, ferme et résistant, bifurqué, à cheval sur la bifurcation de la fémorale

commune, et envoyant dans chacune des branches superficielle et profonde de cette artère un prolongement long de quelques millimètres (5 à 6 mill.).

Au niveau de la bifurcation de la fémorale commune, là même où est le caillot, la paroi du vaisseau est épaissie, la tunique interne est rouge, dépolie.

Il y a un petit foyer d'artérite encore peu avancée. Au delà du caillot qui s'engage dans les artères fémorales superficielle et profonde, le canal de ces vaisseaux est parfaitement libre. Leurs parois paraissent normales. Il en est de même de la poplitée, dans ses cinq sixièmes supérieurs. Mais, au point où elle se divise en tronc tibio-péronier et tibiale antérieure existe un caillot fibrineux qui se bifurque pour pénétrer dans chacune de ces divisions. Le caillot du tronc tibio-péronier se subdivise à son tour en deux branches, l'une qui pénètre dans la tibiale postérieure, l'autre dans la péronière. Le caillot, dans son ensemble, a 25 à 30 millimètres de long.

Il occupe tout le calibre des artères, mais sans adhérer nullement à leurs parois, qui ne présentent aucune trace d'artérite.

Remarquons bien que nulle ligature n'a été appliquée, ni sur la tibiale antérieure ni sur la tibiale postérieure, ni sur la péronière, lors de l'amputation.

Côté droit. L'artère iliaque primitive, dont les parois sont d'un brun livide, renferme un caillot très mobile qui se bifurque pour se prolonger sur une longueur de 2 centimètres dans les iliaques externe et interne. Ce caillot est fibrineux, ferme, résistant à la pression digitale.

L'iliaque interne a un aspect brunâtre sur une longueur de 2 centimètres, c'est-à-dire, dans toute l'étendue occupée par le caillot. Parois moins résistantes, bien que au moins aussi épaisses; tunique interne rougeâtre, dépolie. Au delà du caillot, l'iliaque interne a sa coloration et sa consistance normales. Son canal est libre. Il en est de même des branches qu'elle fournit.

L'iliaque externe a des parois d'un brun livide, en toute son étendue. Elle est rompue au niveau même du point où naissent la circonflexe iliaque et l'épigastrique. La circonflexe iliaque a une coloration un peu brune, elle se déchire plus facilement qu'à l'état normal. L'épigastrique a sa coloration et sa résistance normales. Au niveau de la solution de continuité que présente l'iliaque externe, et qui a 15 à 20 millimètres de long, existe un détritüs noirâtre, d'aspect gangréneux, reposant sur le psoas. La gaine de ce muscle n'est pas ouverte, mais elle est noire et ramollie.

Au-dessus de la solution de continuité sus-mentionnée, les parois de l'iliaque externe sont profondément altérées. Elles cèdent à la plus faible traction et se déchirent. Le premier centimètre de la fémorale commune est détruit comme la fin de l'iliaque externe. Dans les deux centimètres suivants, la paroi externe du vaisseau présente deux autres pertes de substance distantes de 5 millimètres l'une de l'autre, et de 3 à 4 millimètres de diamètre chacune. Les bords de ces pertes de substances sont ramollis, en putrilage, surtout pour la supérieure.

On aperçoit par ces sortes de fenêtres pathologiques un caillot très franchement fibrineux et ferme, au niveau de la fenêtre inférieure, mais noirâtre et ramolli au niveau de la supérieure. Ce caillot qui adhère très intimement à la paroi artérielle est à cheval sur la bifurcation de la fémorale commune en branche profonde et branche superficielle, dans lesquelles il envoie un prolongement de 6 à 7 millimètres de long. L'extrémité inférieure de l'iliaque externe et l'extrémité supérieure de la fémorale sont, au niveau de la solution de continuité, reliées l'une à l'autre par un petit tractus noirâtre, livide, très mince, d'apparence cellulofibreuse qui, représente sans doute une petite portion de la paroi interne des vaisseaux non encore totalement détruite.

Au-dessus du caillot qui s'engage dans les artères fémorales superficielle et profonde, le canal de ces vaisseaux est parfaitement libre. Leurs parois paraissent saines.

La poplitée, la tibiale antérieure, l'origine de la pédieuse, la tibiale postérieure, l'origine des plantaires (la dissection n'a pas été poussée plus loin) sont libres de tout caillot, très résistantes à la traction, de couleur un peu rougeâtre, mais seulement au moment où elles traversent des parties gangrénées. Il en est de même de la péronière, jusqu'au quart inférieur de la jambe. Là, elle se divise en deux rameaux dont l'un intact, peut être suivi jusqu'à la malléole externe, l'autre tombe dans un foyer gangréneux, sus-malléolaire et est détruit à ce niveau par le processus gangréneux.

De chaque côté, la fémorale commune se divise très près (1 centimètre) du ligament de Fallope, en fémorale superficielle et en fémorale profonde. Des deux côtés encore, c'est la fémorale profonde qui fournit la circonflexe interne et la grande musculaire par un tronc commun à ces deux artères. Ce tronc commun naît au-dessous du caillot oblitérant la fémorale profonde à son origine.

Cette disposition est extrêmement importante au point de vue du rétablissement de la circulation par voie collatérale.

J'ajouterai, pour en finir, que les veines correspondant

aux artères précitées ne m'ont rien offert de particulier. Elles renfermaient seulement un peu de sang liquide. Toutefois, les deux petites veines accompagnant le rameau péronier, détruit dans le foyer gangréneux, étaient rompues comme ce rameau lui-même. Les nerfs m'ont paru d'un rouge un peu livide, dans les parties gangrénées, mais ils étaient tout aussi résistants qu'à l'ordinaire. Par ailleurs, ils étaient parfaitement sains.

RÉFLEXIONS.—Je serai sobre de réflexions sur ce cas pourtant intéressant, parce que je n'ai bien connu le sujet que dans les derniers temps de sa vie et par l'autopsie que je viens de relater.

La gangrène limitée de chaque côté au lieu d'élection simule bien une gangrène symétrique. Mais, il n'y a là, inutile d'y insister, qu'une simple apparence. Le cas présent n'a rien de commun avec la gangrène symétrique proprement dite, décrite par M. Maurice Raynaud et autres auteurs. Donc passons.

Côté gauche. Pourquoi la gangrène s'est-elle arrêtée au lieu d'élection ? Cela s'explique aisément. Les iliaques primitives, interne et externe, les branches de cette dernière étaient libres. Malgré l'oblitération de la fémorale commune à sa terminaison, de la fémorale superficielle et de la profonde à leur origine (cette dernière artère fournissant la circonflexe interne et la grande musculaire) la circulation collatérale s'est rétablie dans la cuisse, tout comme cela a lieu le plus souvent dans le cas de ligature de la fémorale commune près du ligament de Fallope.

La tension sanguine était nécessairement moindre dans la fémorale superficielle, dans la poplitée, dans les branches de la fémorale profonde qu'en temps ordinaire, puisque ces artères ne recevaient de sang que par voie anastomotique.

La poplitée étant oblitérée à sa terminaison et les artères de la jambe à leur origine, la circulation ne pouvait se faire à la jambe que par les anastomoses qui existent entre la fin de la fémorale et la poplitée d'une part, et les artères de la jambe d'autre part.

Or, la tension du sang dans les artères de la cuisse et du creux poplité n'était pas assez forte pour faciliter le développement de la circulation collatérale ; d'où gangrène de la jambe.

Côté droit. Deux problèmes à résoudre se présentent ici : 1° Le caillot situé dans l'iliaque primitive, les iliaques interne et externe, n'oblitérait pas leur canal, il s'en fallait même relativement beaucoup ; on pouvait avec le doigt le faire remonter très aisément dans l'iliaque primitive. L'incision de la paroi de ces vaisseaux confirmait bien la différence existant entre l'épaisseur de ce caillot et le diamètre des vaisseaux dans lesquels il siégeait ; si l'on ne pouvait le faire descendre dans les iliaques interne et externe, c'est qu'il était à cheval sur la bifurcation de l'iliaque primitive et non parce qu'il était trop volumineux.

Cette disproportion existant entre le volume du caillot et le calibre des vaisseaux, pourquoi n'y a-t-il pas eu d'hémorrhagie par la perte de substance siégeant sur les limites de l'iliaque externe et de la fémorale commune ? Je n'en sais absolument rien et me borne à constater le fait .

2° *Côté gauche.* L'iliaque primitive, à sa terminaison, les iliaques interne et externe à leur origine ; la fémorale commune à sa terminaison, les fémorales superficielle et profonde à leur origine renfermaient un caillot suffisant pour arrêter le cours du sang, puisque la solution de continuité mentionnée plus haut n'avait pas donné d'hémorrhagie ; les artères de la cuisse, à partir de deux centimètres au-dessus du ligament de Fallope, les artères de la jambe étaient libres et saines. Comment se fait-il qu'il n'y ait pas eu gangrène de la hanche et de la cuisse aussi bien que gangrène de la jambe ?

La question est plus facile à poser qu'à résoudre.

Les anastomoses entre l'épigastrique et la mammaire interne, celles entre la circonflexe iliaque et l'ilio-lombaire du même côté, celles entre les honteuses externes de chaque côté ne peuvent être invoquées en raison de la perte de substance et de la situation des caillots. Resteraient les anastomoses entre les branches de l'iliaque interne du côté droit et les branches de l'iliaque interne gauche (rameaux rétro-pubien, de l'obturatrice, artères hémorrhoidales, vésicales, rameaux anaux de la honteuse interne). Mais, le sujet ne se prêtait pas du tout à une dissection susceptible de faire constater si ces anastomoses étaient suffisamment dilatées pour permettre une circulation collatérale supplémentaire. — Voilà le fait sans explications.

Il y a enfin une autre grosse question qui se présente d'elle-même dans le cas présent. Les caillots oblitérateurs étaient-ils cause ou effet de l'artérite ?

Je ne discuterai pas à fond cette question, car, comme je le disais en commençant, je n'ai pas vu le sujet au début même de la gangrène qui l'a emporté.

Mais les lésions cadavériques permettent de faire, sans s'aventurer, les réflexions suivantes : Tous les caillots siégeaient au niveau de bifurcations artérielles. En certains points, il y avait artérite et même artérite destructive des parois artérielles. Dans d'autres points, occupés aussi par des caillots, il n'y avait pas trace de la moindre artérite. Les artères non occupées par des caillots étaient parfaitement saines (sauf le petit rameau péronier précité). Dans le cœur gauche, comme du reste dans le droit, il y avait des caillots manifestement fibrineux, en tout semblables à ceux trouvés dans les artères. Si donc j'avais une opinion à émettre, je dirais, sans l'affirmer, que l'artérite a été consécutive à l'arrêt de caillots sur divers points de l'arbre artériel.

11. Contribution à l'étude des localisations cérébrales. —

Oblitération embolique d'une partie du tronc de l'artère azygienne gauche et de ses branches terminales ayant amené subitement l'aphasie et une hémiphégie complète du côté droit, chez un malade atteint de tuberculose pulmonaire et de fistule à l'anūs ; par le D^r BEAUMANOIR, chargé par intérim du service de la Baraque 2 (Hôpital de la marine de Brest).

Le nommé F..., ouvrier du port, âgé de 36 ans, entre à l'hôpital le 11 mars 1879 pour fistule à l'anūs. L'examen du malade fait reconnaître l'existence de tubercules au sommet des deux poumons. La fistule est opérée par l'instrument tranchant, peu de jours après l'entrée. A la date du 1^{er} septembre, la fistule n'est pas encore guérie.

Dans les derniers jours d'août, le malade accuse des douleurs vagues dans la poitrine. Le 31 août, il a deux ou trois crachats sanglants.

La respiration est un peu plus gênée qu'à l'ordinaire. Pas de fièvre notable depuis l'entrée de F..., à l'hôpital. L'évolution tuberculeuse semble se faire lentement.

3 septembre. Après déjeuner, le malade va se promener sur l'Esplanade avec ses camarades ; tout à coup, il tombe à terre sans pousser un cri. Porté dans son lit, il présente

les symptômes suivants : *aphasie, hémiplegie complète* de tout le côté droit, face, membres supérieur et inférieur.

4 septembre. Le 4, au matin, F... jouit d'une partie, au moins, de son intelligence ; car, prié de donner sa main gauche et de serrer la main qu'on lui présente, de lever son membre inférieur gauche, il exécute ces divers mouvements. Le pincement et le chatouillement des membres droits provoquent des mouvements réflexes très nets. La déglutition se fait avec une certaine difficulté. En raison de l'aphasie, il n'est pas possible de déterminer s'il y a hémianesthésie en même temps que hémiplegie du côté droit.

Matin. Température, côté droit, 37°,2 ; côté gauche, 37°. P. 110. — Soir. T. côté droit, 39°,8 ; côté gauche, 39°,6. P. 130. R. 60.

5 septembre. Respiration très gênée. Râles sous-crépitaux fins dans toute l'étendue des deux poumons. Pas de matité, sauf aux deux sommets. L'aphasie et l'hémiplegie sont dans le statu quo.

Matin. T. côté droit, 38°,4 ; côté gauche, 38°,2. P. 128. R. 65. Soir. — T. côté droit, 39°,8 ; côté gauche, 39°,6. P. 136. R. 72.

6 septembre. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine. Du côté du cœur, il n'y a d'anormal que le nombre très élevé de ses battements. Toujours très grande gêne de la respiration. Mêmes signes à la percussion et à l'auscultation. Légère contracture des muscles fléchisseurs du coude droit. Commencement d'eschare à la région fessière droite. Le malade comprend, mais il fait de vains efforts pour parler ; il n'arrive même pas à produire des sons mal articulés.

M. T. côté droit, 37°,4 ; côté gauche, 37°,2. P. 120. R. 60. — S. T. côté droit, 39° ; côté gauche, 39°. P. 148. R. 72.

7 septembre. L'aphasie et l'hémiplegie sont les mêmes qu'au jour de l'accident. Matin ; Température (des deux côtés), 38°,2. P. 148. R. 60. — Mort à midi.

Depuis le 3 septembre, le malade rendait sous lui, dans son lit, urines et matières fécales.

Du vivant du malade, je me suis naturellement demandé quelle pouvait être la cause de l'aphasie et de l'hémiplegie survenues inopinément le 3 septembre. L'âge relativement peu avancé, l'état non athéromateux des artères accessibles au toucher, la force de contraction du cœur, plutôt affaiblie qu'augmentée ; l'anémie du sujet, me firent rejeter l'idée d'une hémorrhagie cérébrale.

Je ne m'arrêtai pas à la pensée d'une méningite tuberculeuse, malgré l'affection pulmonaire ; car, les accidents ne

seraient pas si brusquement arrivés, puis, il y aurait eu d'autres symptômes qui n'ont jamais été constatés. Vu l'état tuberculeux des poumons et les petites hémorrhagies du 31 août, je considérerais, tout de suite, comme très probable une embolie de l'artère sylvienne gauche, avec point de départ au poumon.

Cela me suffisait pour comprendre l'aphasie et l'hémiplégie subites. C'était aussi l'avis du Dr Hache, attaché au service de la Baraque. Restaient l'élévation de la température et la grande gêne de la respiration, dont je ne me rendais pas bien compte, mais que l'autopsie est venue expliquer.

AUTOPSIE. — Poumons. Ils sont tous les deux farcis de tubercules miliaires dans toute leur étendue. Tubercules crus et tubercules ramollis; quelques petites cavernes aux deux sommets. — *Cœur.* Rien à noter.

Encéphale. Le tronc de l'artère sylvienne gauche est complètement oblitéré par un caillot d'apparence fibrineuse, dans l'étendue de 1 centimètre juste avant la division du vaisseau en ses branches terminales. Le caillot est placé au delà du chevelu artériel (artères lenticulo-optiques et lenticulo-striées) qui pénètre dans l'espace perforé antérieur entre l'origine de ces petites artères, dont le canal est parfaitement libre, et la division de la sylvienne.

Cette dernière se divise, dans le cas présent, en trois branches terminales (fait constaté par le Dr Hache et par moi) et non pas en quatre, comme cela a lieu d'ordinaire, d'après les travaux de M. Duret. Chacune de ces trois branches renferme un caillot noirâtre, long de 6 centimètres, en continuité avec le caillot fibrineux du tronc du vaisseau, qui semble ainsi se trifurquer au delà du caillot qu'elles contiennent, c'est-à-dire après un parcours de 0,06; les trois branches terminales de la sylvienne sont à peu près exsangues, leurs parois sont aplaties.

Pas de ramollissement apparent des régions auxquelles se rendent les artères oblitérées. L'arrêt de la circulation ne date, il est vrai, que de quatre jours, mais l'examen microscopique n'a pas été fait.

Sur la face externe ou convexe des lobes pariétal et frontal (partie postérieure de ce dernier), le long des petits vaisseaux, on constate la présence de plaques sous-piémériennes d'un rouge vif, assez nombreuses, de dimensions variables, mais se rapprochant assez de la dimension d'une pièce de 20 centimes. — Rien dans les ventricules latéraux, ni dans le ventricule moyen.

Des coupes transversales, faites à divers niveaux, démon-

trent, d'une façon fort nette, l'état d'intégrité parfaite des couches optiques, des noyaux caudés et lenticulaires, des capsules internes et externes, ainsi que des autres parties du cerveau.

RÉFLEXIONS. — Le malade a succombé à la tuberculose miliaire aiguë. La fièvre et la gêne respiratoire s'expliquent par la marche rapide qu'a prise l'affection pulmonaire depuis le 3 septembre.

Y a-t-il eu simple coïncidence ou corrélation entre la lésion cérébrale et la tuberculose miliaire aiguë qui a emporté le malade et qui ne s'est révélée que depuis le 3? Je n'en sais rien. Toujours est-il que l'évolution tuberculeuse se faisait assez lentement, avant cette date.

L'aphasie et l'hémiplégie ne peuvent être dues qu'à l'ischémie brusque des régions auxquelles se distribuent les branches terminales de la sylvienne gauche, puisqu'il n'y avait ailleurs aucune lésion.

Je dirai tout à l'heure quelles sont ces régions. Mais, en attendant, n'oublions pas que les branches collatérales de cette artère, à savoir les artères lenticulo-optiques et les lenticulo-striées, qui pénètrent dans l'espace perforé antérieur pour aller alimenter une portion de la couche optique, les noyaux caudé et lenticulaire, ainsi que les capsules interne et externe du même côté, ont leur canal parfaitement libre; que, par conséquent, la circulation a dû continuer à se faire dans ces portions du cerveau, comme à l'état physiologique, sauf, peut-être, une légère différence de pression occasionnée par l'oblitération des branches terminales.

Les noyaux de la base et les capsules n'ont donc été pour rien dans le double fait de l'aphasie et de l'hémiplégie. Chose essentielle à bien constater.

Voyons maintenant quels sont les territoires encéphaliques irrigués par les branches terminales de l'artère sylvienne gauche.

Ce sont, ainsi que l'a démontré M. Duret, la troisième circonvolution frontale (dite circonvolution de Broca), les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, le pli courbe, du même côté. Or, M. Broca a, depuis longtemps déjà, fixé le siège de la parole dans la troisième circonvolution frontale gauche; et tout le monde, à peu près, a pu vérifier le bien fondé de cette opinion.

M. Ferrier, dans ses expériences sur les singes, fait des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes les centres presque exclusifs des mouvements de la face et des membres supérieur et inférieur du côté opposé.

Dans le pli courbe, d'après M. Ferrier, est le centre de la vision du côté opposé. De nombreuses observations, lues à la Société d'anatomie et rapportées dans le *Progrès médical*, montrent que des lésions reconnues à l'autopsie, chez l'homme, ayant pour siège les circonvolutions en question, ont été accompagnées de pertes plus ou moins considérables du mouvement du côté opposé, avec ou sans aphasie, selon le siège et l'étendue de ces lésions.

Les considérations précédentes rendent évident, dans le cas actuel, le mécanisme de l'aphasie et de l'hémiplégie droite observées chez le nommé F... Elles sont dues sans contestation possible, à l'oblitération totale de l'artère sylvienne gauche ; au delà de ses branches collatérales, cette oblitération a suspendu toute action nerveuse dans les territoires irrigués qui sont, ainsi que nous venons de le voir, les centres de la parole, des mouvements de la face et des membres du côté opposé.

Il y a un point obscur dans l'observation que je rapporte. L'ischémie a dû se faire aussi, nécessairement, dans le pli courbe gauche, siège de la vision du côté opposé, d'après M. Ferrier. Or, la vision était-elle perdue à droite ? Il ne m'a pas été possible de me faire une opinion à cet égard, le malade ne pouvant rendre compte de ses impressions.

Quelles auraient pu être les conséquences de l'oblitération de la sylvienne, là où elle avait lieu, si l'affection pulmonaire à laquelle le malade a succombé n'avait pas existé ?

La circulation aurait, je crois, pu se rétablir par voie collatérale. Heubner admet, en effet, des anastomoses de l'artère cérébrale moyenne ou sylvienne avec les cérébrales antérieure et postérieure, par des rameaux de 1 millimètre de diamètre siégeant à la surface de l'hémisphère correspondant. M. Duret dit que ces anastomoses, quand elles ont lieu, se font au moyen de branches ayant seulement de un quart à un cinquième de millimètre de diamètre.

Bien qu'il y ait de nombreux exemples de ramollissement ischémique dû à l'oblitération du tronc ou des branches de

la sylvienne, dans le cas actuel, les extravasats sus-mentionnés me paraissent constituer une preuve de la tendance au rétablissement de la circulation par voie collatérale ou anastomotique, ces extravasats étant dus très probablement à une exagération de la tension sanguine dans les capillaires et artérioles anastomotiques.

Donc, à mon avis, le rétablissement circulatoire, la résorption des caillots, la disparition de l'aphasie et de l'hémiplégie n'étaient pas choses impossibles.

La présente observation donne, exactement, les résultats que devrait produire la ligature expérimentale, si elle était possible, du tronc de la sylvienne gauche, entre ses branches collatérales qui vont aux capsules et aux noyaux de la base, et ses branches terminales qui vont aux centres moteurs périphériques et aux centres de la parole et de la vision.

Je me suis servi du mot extravasat sanguin pour caractériser les plaques rouges sous pie-mériennes ; mais, je tiens à bien faire remarquer que ces plaques rouges *extrêmement minces*, adhérentes à la pie-mère, n'avaient rien de commun avec un *foyer hémorrhagique*, capable de comprimer plus ou moins l'écorce cérébrale. Ces plaques ou peut-être mieux taches rouges n'entouraient nullement la substance des circonvolutions, et ne pouvaient jouer en quoi que ce soit le rôle de corps étranger, irritant ou compresseur. Il ne m'est pas venu un instant à la pensée, non plus qu'au Dr Hache, qu'elles pussent être la cause des accidents paralytiques sus-mentionnés, ni même y concourir pour une part si minime qu'elle fût.

12 Hypertrophie de la prostate et vessie à cellule. — Cystite aiguë. — Mort ; par BERTHAUT, interne des hôpitaux.

Le nommé X..., âgé de 66 ans, profession, frotteur, est entré le 19 octobre 1880, Salle Saint-Jean, lit n° 9, dans le service de M. BERGER, à la Charité.

Cet homme maigre et ordinairement bien portant a eu dans sa jeunesse deux hémorrhagies. Cependant, il n'a éprouvé de réelles difficultés à uriner que depuis quelques jours seulement.

Le 18 octobre 1880, il a été pris tout à coup d'un accès de rétention d'urine complète. — Le lendemain, il entre à

l'hôpital. On s'est contenté ce jour-là de vider sa vessie. Une sonde en gomme molle n° 18 de la filière Charrière passe assez facilement.

20 octobre 1880. M. Berger l'examine avec soin; le cathétérisme à l'aide d'une sonde à bécquille en gomme n° 18 de la filière Charrière est relativement facile. Mais le toucher rectal fait reconnaître l'existence d'une hypertrophie de la prostate et d'hémorrhoides internes. Le pourtour de l'anus présente un bourrelet complet d'hémorrhoides turgescentes et de coloration violacée.

Diagnostic. Rétention d'urine due à une hypertrophie de la prostate. — Traitement: Cathétérisme deux fois par jour. Tisane de chiendent selon la formule de Thompson.

Pendant quatre jours, il est facile de sonder le malade.

24 Octobre. Commencent les difficultés du cathétérisme, telle sonde ou tel procédé de cathétérisme qui a réussi le matin ne peut être employé le soir ou le lendemain. — C'est au niveau du col de la vessie que le passage de l'instrument est le plus difficile.

25 Octobre. Le malade éprouve des douleurs dans la région lombaire, surtout marquées du côté droit, et les urines deviennent fortement ammoniacales. — Traitement. Injection dans la vessie avec une solution d'acide borique à trois pour cent; à l'intérieur, 1 gramme de benzoate de soude par jour. La première injection détermine une douleur légère.

29 Octobre. Injection de la solution d'acide borique dans la vessie le matin. Le soir, pas d'injection. Dans la nuit, cystite violente. — Il y a eu douze à quinze mictions extrêmement douloureuses.

30 Octobre. Le matin, le cathétérisme est facile. Mais, quand l'urine a cessé de couler par la sonde, il se fait un écoulement de sang considérable. — En outre, le malade est pris de dyspnée.

Par l'auscultation, on perçoit des râles ronflants dans toute la poitrine. L'expectoration est constituée par des crachats jaunâtres; pas de fièvre. Le soir, le cathétérisme est impossible. Le lendemain, M. Berger, après avoir essayé sans résultat des sondes en gomme à bout olivaire et à bécquille réussit à sonder le malade avec une sonde métallique, mais le passage de la sonde au niveau du col de la vessie a été difficile; comme la veille, après l'écoulement de l'urine, il sort du sang par la sonde. Dans la journée les mictions sont fréquentes et douloureuses et l'urine est mélangée de sang. — Pas de fièvre, même état de la poitrine.

2 Novembre. Injection d'eau alcoolisée dans la vessie.

Il n'y a pas d'amélioration dans l'état du malade. L'urine est toujours sanglante. Il n'y a pas de fièvre, mais l'appétit est notablement diminué. Le soir, le malade est dans un état de subdélirium et le cathétérisme est impossible. Injection de 1 centigramme de morphine et cautérisation du pubis avec le nitrate d'argent, de manière à former un vésicatoire.

3 *Novembre*. M. Berger place une sonde à demeure. Injection d'eau alcoolisée dans la vessie. Injection sous-cutanée de morphine deux fois par jour. L'état du malade s'aggrave, la fièvre se déclare. On entend au bord de la poitrine, en arrière, des râles sous-crépitaux. Les crachats renferment quelques stries de sang. Soir, T. 38.0. La nuit, le malade pris de délire enlève sa sonde.

4 *Novembre*. La température ne dépasse pas 38.0. Délire; dyspnée intense; râles sous-crépitaux en arrière, à la base de la poitrine, des deux côtés. Crachats sanglants. Cathétérisme. — L'urine est peu abondante et mêlée de sang. — Le soir, le malade urine sous lui. L'urine est mêlée de sang et de muco-pus.

5 *Novembre*. A la visite du matin, le malade est dans le coma, la dyspnée est très intense, la miction est involontaire. — Mort à 4 heures du soir.

AUTOPSIE pratiquée le 7 *Novembre* dans la matinée. — Adhérence complète du poumon à la paroi thoracique par des tractus fibreux tellement résistants qu'il a fallu les sectionner en partie avec les ciseaux. Congestion dans les trois quarts inférieurs des poumons.

Le cœur, le foie et la rate ont leur aspect normal.

Les reins sont fortement congestionnés. Les veines sont gorgées de sang — Le tissu péri-rénal est infiltré de sang — Cette infiltration est tellement considérable du côté droit, que, là, le rein paraît placé au milieu d'un épanchement sanguin.

La vessie vue en plein paraît double. Un sillon antéro-postérieur la divise en deux moitiés latérales aussi volumineuses l'une que l'autre. Le canal de l'urètre, ouvert par sa paroi supérieure, conduit dans la cavité gauche — La prostate est considérablement hypertrophiée et possède un lobe moyen très développé. — C'est cette saillie qui arrête le bec de la sonde. Les parois de cette cavité vésicale ont un centimètre et demi de grandeur. La muqueuse est très épaisse et présente des saillies irrégulières limitant des dépressions également irrégulières. — Sa coloration est générale. — Les deux uretères aboutissent à cette cavité vésicale. L'un d'eux, le droit, est notablement dilaté dans sa portion terminale. Cette vessie présente, en arrière et un peu au

dessus du trigone vésical du côté droit, un orifice admettant une grosse plume d'oie et formé comme l'orifice d'une bourse ; cet orifice conduit dans une cavité aussi grande que la vessie elle-même et dont les parois ont presque un centimètre d'épaisseur. — La muqueuse qui tapisse cette cavité est lisse et unie et ne présente pas la coloration grisâtre que présente la muqueuse de la vessie.

Il ne s'agit donc pas ici d'une vessie double, puisque les deux uretères aboutissent à une même cavité qui est la vessie proprement dite. — La cavité qui existe du côté droit n'est autre chose qu'une cellule de grande dimension.

Cette pièce est déposée au laboratoire de clinique de l'hôpital de la Charité.

13. Fracture longitudinale de la rotule ; par BERTHAUT,
interne des hôpitaux.

Le nommé Millon Adolphe, âgé de 48 ans, profession de blanchisseur, entré le 12 novembre 1880, salle Saint-Jean, lit n° V, dans le service de M. BERGER, à la Charité.

Cet homme, maigre et de taille moyenne, est ordinairement bien portant. Il dit n'avoir jamais eu de maladie, mais il est manifestement alcoolique.

Le 11 novembre 1880, à six heures du soir, il a fait une chute dans un escalier. Le genou droit a été projeté violemment sur une marche. Après cette chute, le malade s'est relevé facilement et il a éprouvé une douleur vive dans le genou. Cependant, il a pris son repos comme d'habitude. La nuit, il a éprouvé quelques douleurs, mais il a bien dormi.

Le lendemain il a voulu travailler, mais son genou a rapidement augmenté de volume et les douleurs sont devenues plus violentes. Il s'est décidé alors à entrer à l'hôpital.

Le genou est volumineux et présente au niveau de la rotule, en dehors, une plaie contuse superficielle. La synoviale est fortement distendue, le cul-de-sac sous-tricipital est bien dessiné. La fluctuation est manifeste. Le choc rotulien est difficilement obtenu. Il n'existe aucun signe qui autorise à admettre une fracture de la rotule. En outre, il y a sur la tête, du côté droit, une echymose fronto-palpébrale peu volumineuse. Il n'existe cependant pas de douleur de tête et le malade dort bien la nuit.

Le 13 novembre, M. Berger fait une ponction du genou en dehors de la rotule à l'aide de l'appareil Potain. Il extrait ainsi 50 grammes d'un liquide brun rouge, très filant, ce liquide fortement albumineux renferme surtout

des globules rouges et un grand nombre de globules blancs réunis en groupes. Occlusion de la plaie avec collodion et ouate. Compression ouatée sur le genou et immobilisation dans une gouttière. Potion avec 10 centigrades d'extrait thébaïque. Soir, T., 370, 3. Disparition des douleurs.

14 Novembre. Le malade a bien dormi la nuit; le matin, il est un peu agité mais, il n'éprouve pas de douleurs, T. 370, 2. Soir, le malade dit se trouver bien mieux, il a de l'agitation. T. 370, 4. Vers dix heures, il est pris de délire furieux, à 3 heures du matin, l'interne de garde lui fait une injection de morphine.

15 Novembre. A la visite du matin, le malade est dans le coma. A certains moments, il y a des arrêts de la respiration. La température monte toujours, 40°, sueurs abondantes, miction involontaire. Vers dix heures, la température s'abaisse un peu, 39,6. Le coma est interrompu par des convulsions partielles du muscles du bras, de la face et du cou. Pas de vomissements, raideur de la nuque. Pouls fréquent mais petit, teinte cyanosée; ni albumine, ni sueur dans les urines. — 20 ventouses sèches sur la poitrine, vésicatoire sur la tête.

AUTOPSIE, le 16 novembre 1880, à trois heures après-midi. — Le cœur et l'aorte ne présentent rien de particulier à noter. Rien dans l'aorte pulmonaire.

Gros tubercules au sommet du poumon droit. Adhérences pleurales à ce niveau. — La rate et le foie ont leur aspect normal. — Les reins sont fortement congestionnés.

Il n'existe pas de fracture du crâne. Au niveau de l'ecchymose fronto-palpébrale, il n'y a que de l'infiltration sanguine. La dure-mère est très adhérente à la voûte du crâne tout entière. Les méninges sont adhérentes au bord supérieur des hémisphères centraux. Les vaisseaux encéphaliques ne présentent pas de lésion apparente à leurs parois, mais ils sont remplis de sang. La pie-mère est fortement injectée. Il existe une suffusion sanguine sur la convexité du lobe gauche du cerveau, au niveau des deux premières circonvolutions frontales et sur la partie supérieure du sillon de Rolando. La substance centrale présente un piqueté rouge, mais il n'existe pas de foyer sanguin dans l'encéphale.

Le genou n'est pas tuméfié. La cavité articulaire renferme encore une petite quantité de sang qui ne présente rien de particulier. La synoviale ne paraît pas enflammée. La rotule est le siège d'une fracture longitudinale au voisinage de son bord externe. Le deux fragments sont maintenus en contact par les tissus fibreux qui les recouvrent et

ne peuvent glisser l'un sur l'autre. Il n'est donc pas étonnant que cette fracture n'ait pas été reconnue.

14. Démence; — Absès du Cervelet; par Ernest GAUCHER, interne des hôpitaux.

Hortense P..., âgée de 64 ans, est entrée le 25 septembre 1880, à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Mathilde, n° 15 bis, service de M. le professeur BOUCHARD.

Cette femme est démente depuis 5 ou 6 mois; elle peut à peine se tenir sur ses jambes et est complètement gâteuse. On la reçoit à l'hôpital uniquement pour débarrasser sa famille.

Le 12 novembre, elle tombe dans le coma; elle est prise de fièvre avec température très-élevée, 40° à 41°. Les urines sont fortement albumineuses. Elle reste dans cet état pendant 5 jours et meurt le 17 novembre.

AUTOPSIE faite le 18 novembre. — Le cerveau ne présente aucune lésion, ni dans les circonvolutions ni dans les noyaux centraux. Les méninges sont saines; le bulbe est sain.

Dans le *cervelet*, on trouve dans le lobe gauche, un *abcès* ancien du volume d'une noix. La poche de l'abcès est formée par une néomembrane peu vascularisée; le contenu est formé de leucocytes et de cristaux de cholestérine, il n'y a pas de corps granuleux.

Les poumons sont très congestionnés; les valvules aortiques du cœur sont légèrement athéromateuses.

Les reins sont un peu blancs et présentent l'aspect d'une néphrite parenchymateuse au début.

15. Fièvre typhoïde ataxo-adyynamique. — Laryngite pseudo-membraneuse. Mort; par A. BRAULT, interne des hôpitaux.

R... Joseph, 24 ans, facteur, entre le 20 octobre 1880, salle Saint-Antoine, dans le service de M. CORNIL, avec tous les signes d'une fièvre typhoïde. Le malade est agité, il prononce des paroles incohérentes, la langue est sèche, noirâtre, ainsi que les narines. Pendant cinq jours consécutifs, jusqu'au 25, la température atteint le soir une moyenne de 40°,3 et ne descend pas le matin au-dessous de 39°,5.

Du 25 octobre au 1^{er} novembre, il se fait une légère rémission dans l'élévation de la température, mais les symptômes généraux sont toujours d'une gravité extrême, le ventre est tendu, douloureux. A partir du 1^{er} novembre, le malade présente un écoulement purulent par l'oreille du

côté droit, en même temps que des signes de bronchite et de congestion pulmonaire.

Le 4 novembre, on constate au sommet du poumon droit un souffle assez intense avec matité et râles crépitants.

La température subit une nouvelle recrudescence, elle dépasse 40°,3 tous les soirs, le délire est continu; il existe des soubresauts de tendons, et le malade meurt le 8 novembre dans le coma.

AUTOPSIE. — Infiltration sanguine dans le muscle grand droit de l'abdomen à son insertion inférieure. Ce muscle est gris blanchâtre, d'aspect vitreux.

Poumon gauche. Un peu emphysémateux dans le lobe supérieur, fortement congestionné dans le lobe inférieur.

Poumon droit. Il présente au sommet une hépatisation fibrineuse complète, dont la coloration est gris-rosé (apparence de la pneumonie lobaire au 2° degré). Cependant, on trouve au milieu de ce noyau une partie grise ressemblant à un infarctus. De plus, à la limite de la plèvre et à la partie postérieure, la couleur du tissu hépatisé est feuille morte. Cette partie est un peu plus diffuente, sans air. La partie inférieure du lobe supérieur est très congestionnée, et présente des points analogues à ceux de l'apoplexie.

Les bronches qui se rendent dans le noyau hépatisé sont tapissées par une fausse membrane fibrineuse très adhérente.

Le lobe inférieur est également congestionné dans sa totalité.

Cœur de volume normal; pas de lésions valvulaires, petits grains jaunes d'athérome à l'origine de l'aorte.

Trachée et bronches. La surface du larynx, de la trachée et des bronches est tapissée de fausses membranes fibrineuses, adhérentes dans toute l'étendue des conduits.

Il existe, de plus, une ulcération assez considérable au bord libre de l'épiglotte, les fausses membranes se prolongent en haut jusqu'à son extrémité postérieure. Les amygdales sont volumineuses.

Le foie ne présente rien de particulier. — La rate a 20 centimètres de longueur. Les ganglions mésentériques sont très hypertrophiés.

Intestin. A partir du cœcum et en remontant du côté de l'intestin grêle, on constate que les plaques de Peyer sont ulcérées au centre et présentent des bords tuméfiés. Ces lésions existent très prononcées sur les dix premières plaques.

Cerveau. Il paraît normal, mais le rocher, du côté droit, étant scié, laisse échapper un liquide purulent.

Les reins sont gros et congestionnés. La substance corticale est turgescente.

Il n'y a de particulier dans cette observation que l'intensité de la laryngite, l'épaisseur et l'adhérence des fausses membranes de la trachée et des bronches, jusqu'au centre du noyau pneumonique.

16. Examen microscopique des lésions des canaux respiratoires dans le cas précédent; par V. CORNIL, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Dans cet exemple de fièvre typhoïde comme dans la grande majorité des faits du même genre, il y avait des lésions multiples indiquant une infection générale. Ainsi, avec les altérations multiples de l'intestin, des ganglions mésentériques, de la rate, du poumon, des bronches et du larynx, nous avons trouvé une suppuration des cellules mastoïdiennes qui s'était frayé un chemin dans le conduit auditif externe.

Dans le poumon et dans les voies respiratoires, que nous avons seules en vue dans cette communication, les lésions étaient multiples et portaient à la fois sur le poumon, les bronches, la trachée et le larynx.

Dans un des lobes du poumon, il s'était fait une pneumonie lobaire, fibrineuse, aiguë, autour d'un infarctus purulent. L'exsudat intra-alvéolaire de cette pneumonie fibrineuse, sa disposition et les granulations qui en résultaient, ne différaient en rien de ce qu'on trouve dans la pneumonie fibrineuse aiguë.

Les bronches, au-dessus de 1 millimètre de diamètre jusqu'à la trachée présentaient, dans beaucoup de leurs canaux, mais surtout dans les bronches qui portaient du lobe hépatisé, des pseudo-membranes grises, plus ou moins épaisses, soit tout à fait adhérentes, soit en partie détachées, assez résistantes lorsqu'on voulait les dilacerer.

J'ai examiné au microscope des coupes de ces bronches recouvertes de leur fausse membrane, après avoir fait durcir des pièces dans la liqueur de Müller, la gomme et l'alcool. Sur les coupes perpendiculaires à la surface de la bronche, on voyait d'abord la fausse membrane, puis, au-dessous d'elle, des cellules cylindriques et la membrane basse, et, au-dessous de cette dernière, le chorion muqueux avec ses vaisseaux et ses glandes.

La fausse membrane est constituée par des lames et filaments de fibrine plus ou moins épais, dont la direction générale est parallèle à la surface des bronches, anastomosées

et intriquées, montrant dans leurs mailles quelques globules rouges et des cellules lymphatiques. Ces membranes s'implantent sur des parties de la membrane basale qui sont dépouillées complètement d'épithélium. Les fibrilles et lamelles de fibrine adhèrent là à la membrane basale, elles lui sont perpendiculaires; de là, elles s'écartent en affectant une disposition oblique, puis elles s'infléchissent et prennent une direction parallèle à la surface de la muqueuse. Elles présentent sur une coupe une disposition en gerbe à leur origine, et elles vont s'implanter sur une autre partie de la membrane basale, également dépouillée d'épithélium. Ces faisceaux et fibrilles de fibrine représentent des arcs, avec deux points d'implantation sur la membrane basale. Au-dessous des ponts ainsi formés, la membrane basale présente à sa surface supérieure des cellules épithéliales cylindriques, plus ou moins déformées. Celles-ci ont, en effet, presque constamment perdu leurs cils vibratiles; elles sont allongées ou cubiques, à angles mousses, transformées en blocs réfringents, se colorant uniformément en jaune orangé par le picro-carmin. On ne leur découvre généralement pas de noyaux. Elles présentent une ou plusieurs couches interposées ainsi à la fausse membrane fibreuse qui les recouvre et à membrane basale située au-dessous d'elle.

La membrane basale est conservée partout.

Le chorion est épaissi; ses vaisseaux capillaires sanguins sont extrêmement dilatés, ainsi que les veinules et les artérioles, et ils sont remplis de globules rouges du sang. Autour des vaisseaux et dans tout le tissu conjonctif des couches superficielles et profondes de la membrane celluleuse des bronches, on voit des cellules lymphatiques en grand nombre, placées entre les fibres du tissu conjonctif. La même diapédèse existe dans le tissu conjonctif qui sépare les culs-de-sac des lésions glandulaires.

Les fausses membranes et l'inflammation du chorion présentaient à considérer sur la trachée les mêmes détails de structure que sur les bronches.

Les cordes vocales inférieures et supérieures et la muqueuse de la face interne de l'épiglotte, examinées sur des coupes perpendiculaires à la surface de la muqueuse, après durcissement, montraient par places un revêtement pseudo-membraneux analogue à celui des bronches et de la trachée. De plus, la membrane basale était complètement détruite, et la portion superficielle du chorion était complètement infiltrée de cellules lymphatiques. Les mailles du tissu conjonctif présentaient, entre les fibres de

ce tissu, une accumulation de cellules lymphatiques entourées de fibrine coagulée et de globules rouges, comme cela a lieu dans le phlegmon aigu du tissu conjonctif. Les vaisseaux sanguins étaient remplis de globules rouges et de cellules lymphatiques. Il y avait parfois des vaisseaux complètement oblitérés, et dans lesquels la circulation avait cessé longtemps avant la mort.

Le gonflement inflammatoire des cordes vocales supérieures et inférieures était tel que les ventricules du larynx étaient effacés et réduits à une simple fente remplie d'une membrane fibrineuse.

Au niveau de l'ulcération du bord libre de l'épiglotte, la muqueuse avait complètement disparu. Le cartilage était à nu, et il présentait, là, des vaisseaux. J'ai cherché vainement dans le cartilage lui-même, dans la substance fondamentale et dans l'intérieur des capsules cartilagineuses, des micrococcus ou des bâtonnets tels que Eppenger et Klebs en ont trouvé dans des ulcérations typhiques analogues à celle-ci.

Mais, il était facile de voir, à la surface de la fausse membrane et dans son intérieur, et même dans le tissu conjonctif du chorion et dans l'intérieur des vaisseaux, des micrococcus en assez grande quantité et de petits bâtonnets analogues aux bactéries.

Dans une observation de laryngo-typhus que M. Gaillard a présentée dernièrement à la Société anatomique, et qui avait été recueillie dans le service de M. Hayem, à l'hôpital Saint-Antoine, il y avait aussi une ulcération de l'épiglotte et des fausses membranes sur le larynx, la trachée et les bronches. En examinant avec M. Gaillard ses préparations, nous avons vu aussi un grand nombre de micrococcus et de bâtonnets.

Il est facile de chercher et de voir ces microbes sur la langue des malades atteints de fièvre typhoïde, mais leur constatation sur la langue a moins de valeur que dans les fausses membranes et dans le tissu conjonctif des muqueuses des voies respiratoires enflammées.

Les fausses membranes que nous avons observées dans ce laryngo-typhus ressemblent absolument à celles de la diphthérie (croup laryngo-trachéal). Elles ne diffèrent pas non plus de celles qu'on observe si souvent dans les inflammations pseudo-membraneuses causées par la variole.

M. QUINQUAUD dit que, comme le montre un travail inséré dans le dernier fascicule de Klebs, ce n'est pas dans le sang qu'il faut surtout chercher les microbes des maladies

infectieuses; on les trouve à la surface de la peau et des muqueuses sous forme de petits amas, il existe des foyers d'élimination qui doivent jouer un rôle dans la production des inflammations.

17. Carcinome colloïde de l'estomac et du péritoine. — Aphasie et hémiplegie droite ultimes, par thrombose cachectique des artères cérébrales; par P. MERKLEN, interne des hôpitaux.

La nommée H., âgée de 50 ans, profession couturière. Entrée le 12 novembre 1880, Salle Sainte-Marthe lit n° 10. Service de M. MILLARD, à Beaujon.

Les personnes qui amènent cette malade à l'hôpital ne donnent que des renseignements très vagues sur le début de son affection. Ce début aurait coïncidé avec la ménopause, il y a un an. Depuis cette époque, la malade se plaignait de malaises et de dyspepsie, mais sans vomissements. Il y a 1 mois ou 3 semaines, elle fut atteinte d'hydropisie, d'abord abdominale et bientôt complète. Enfin, la veille de son entrée à l'hôpital, on constata pour la première fois des troubles cérébraux consistant surtout en une impossibilité de s'exprimer; cependant, au début, ce phénomène était intermittent, si bien que la malade parlait assez facilement à certains moments, tandis qu'elle essayait en vain de rendre compte de ce qu'elle éprouvait à d'autres moments.

12 novembre. Nous constatons, à l'entrée de la malade, une ascite assez considérable avec œdème des membres inférieurs. Rien du côté du cœur, des poumons, ni des reins. Interrogée immédiatement, la malade ne répond à toutes les questions qu'on lui pose que par le mot de *oui* répété à plusieurs reprises, quelquefois après de grands efforts et avec les signes d'une vive impatience. Elle paraît comprendre ce qu'on lui demande, mais ne peut donner d'autre réponse. Nous essayons en vain de lui faire exprimer par gestes ce qu'elle éprouve et de lui faire montrer avec la main le siège du mal; c'est toujours le même oui et rien que cela.

Nous ne constatons, à ce moment, aucun autre symptôme de lésion encéphalique, ni hémiplegie, ni trouble de la sensibilité. Il s'agit bien évidemment d'une aphasie, mais l'on ne sait trop quelle peut en être l'origine.

13 novembre. Un symptôme nouveau s'est ajouté aux précédents. La malade a une hémiplegie de la face et des membres du côté droit, mais cette hémiplegie est encore très incomplète; de plus, il semble que la sensibilité de ce

même côté soit émoussée. Enfin, la vue paraît avoir perdu son acuité; le doigt ou un objet que l'on fait passer très rapidement devant les yeux ne détermine aucun réflexe, aucun mouvement des paupières, ni du globe à l'œil.

14 novembre. L'hémiplégie droite est absolue; la malade est dans une sorte de coma incomplet et s'agite dans son lit, en portant constamment la tête et le tronc vers le côté gauche; le côté droit reste immobile; elle exécute des mouvements très irréguliers, mais ayant une direction toujours la même.

Il n'existe aucun signe de paralysie du côté des muscles de l'œil. La sensibilité est très amoindrie du côté droit.

M. Millard, se basant sur la marche progressive des phénomènes paralytiques, porte le diagnostic de ramollissement cérébral. — Mort pendant la nuit, dans le coma.

AUTOPSIE le 16 novembre. — Elle permet de constater deux ordres de lésions :

D'une part, un carcinôme colloïde de l'estomac avec généralisation péritonéale. — D'autre part une thrombose de plusieurs artères cérébrales avec foyers de ramollissement corticaux.

Le cancer de l'estomac occupe la petite courbure. Il existe là une large plaque indurée occupant toute l'épaisseur des tuniques stomacales, avec végétations ramollies et ulcérées à la surface interne de l'organe. A l'entour des fongosités principales qui présentent l'apparence de l'encéphaloïde, l'on voit de nombreuses végétations plus petites, d'aspect colloïde.

La surface externe de l'estomac, au niveau de sa paroi antérieure, offre ces mêmes granulations colloïdes qui ne présentent du reste aucune disposition régulière; pas de lymphangite appréciable.

L'abdomen renferme 4 à 5 litres de liquide citrin. Le péritoine est le siège de granulations colloïdes disséminées dans toute son étendue, mais plus abondantes vers les parties déclives et à la face inférieure du diaphragme du côté droit. Le grand épiploon est infiltré également par des produits colloïdes sous forme de grains et de végétations.

Il s'agit d'une carcinose miliaire secondaire du péritoine, exclusivement limitée à cette séreuse, ayant respecté la plèvre et les différents viscères qui ne présentent aucune lésion spéciale.

Du côté du cerveau, l'on constate tout d'abord une adhérence des méninges avec foyers de ramollissement superficiels : 1° Au niveau du pli sourcilier, du côté gauche; la lésion est ici nettement limitée; 2° Au niveau du pli courbe et de l'extrémité postérieure de la première circonvolution

temporo-sphénoïdale, du même côté; 3° Au niveau de la corne occipitale du côté droit.

La plupart des vaisseaux, et surtout l'artère sylvienne gauche, sont dilatés, bleuâtres, remplis de caillots évidemment thrombosiques.

Les noyaux centraux et la capsule interne ne présente aucune trace de ramollissement, ni à droite, ni à gauche.

RÉFLEXIONS. — En réunissant les principaux traits de cette observation, nous voyons qu'il s'agit d'un carcinôme de de l'estomac avec généralisation péritonéale ayant donné lieu à l'ascite; sous l'influence des altérations du sang résultant de la cachexie, des thromboses multiples des artères cérébrales se sont formées peu avant la mort et se sont révélées cliniquement par de l'aphasie, de l'hémiplégie droite, des troubles mal déterminés de la sensibilité, anatomiquement par divers foyers de ramollissement.

Au point de vue de la doctrine des localisations, cette observation ne saurait avoir une importance considérable. Les thromboses développées peu avant la mort n'ont pas eu le temps de déterminer dans toutes les régions correspondant aux vaisseaux oblitérés les lésions caractéristiques du ramollissement, et, cependant, elles se sont manifestées par des troubles fonctionnels incontestables. — Nous ferons remarquer seulement :

1° Que l'aphasie était bien en rapport avec un ramollissement de la circonvolution de Broca; 2° Que le ramollissement étendu qui occupait le pli courbe ne s'est traduit par aucune paralysie appréciable des muscles de l'œil.

M. POULIN fait remarquer qu'il est possible que la thrombose de la sylvienne soit trop récente pour se traduire par un ramollissement appréciable.

M. QUINQUAUD. Les troubles dataient de plus de trois jours, on pourrait trouver des corps granuleux dans la région malade.

18. M. DÉJÉRINE communique un fait d'*ictère chronique* par compression déterminée par un *kyste hydatique*. Le malade avait présenté les symptômes de la cirrhose biliaire; on trouve les lésions de l'atrophie jaune, il existe de petits calculs moulés sur les capillaires biliaires.

M. CORNIL dit que, dans les cas de ce genre, il est rare de

trouver des lésions semblables à celles qui sont provoquées par la ligature du canal cholédoque, ordinairement, on trouve la cirrhose ordinaire ou des cirrhoses partielles.

19. M. DÉJÉRINE présente encore un fait de *dilatation bronchique* probablement déterminée par une broncho-pneumonie chronique.

20. Grossesse extra-utérine abdominale. — Communication du kyste avec les 2 trompes, et ouverture dans l'S iliaque ; par M. LEGENDRE, interne des hôpitaux.

S.... Marie, 34 ans, cuisinière, entre le 22 mars 1880 à Lariboisière, salle Sainte-Geneviève, n° 12. Service de M. SIREDEY.

Cette femme était de bonne constitution dans son enfance; réglée à 15 ans 1/2, elle a toujours vu chaque mois ses périodes menstruelles, sans retard; elle a eu 4 grossesses normales, terminées par des accouchements à terme et simples; le dernier remonte à 6 ans environ.

Elle n'est pas réglée depuis le mois de janvier, et, depuis cette époque, elle a des malaises, elle a senti que son ventre prenait un très léger développement; tout allait bien, quand, le 16 mars, au soir, elle eut, sans cause connue, une métrorrhagie abondante, elle perdit des caillots et une membrane dont elle ne connaît pas la nature, mais point de produit analogue à un petit œuf; les pertes de sang continuèrent jusqu'au 22, le ventre se développa et devint très douloureux. A son entrée, on constate que l'abdomen est tendu, régulièrement bombé, il est le siège d'une tumeur qui remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, la palpation est douloureuse; il n'y a cependant point de phénomènes péritonitiques; la vulve est colorée, pas d'écoulement appréciable, le doigt, au toucher, fait constater un col mou se continuant avec un utérus développé, mais libre dans ses culs-de-sac; les seins sont normaux et n'offrent rien de notable.

M. Siredey pense à une grossesse récente, fait que la malade soupçonne elle-même, mais il émet l'idée qu'une fausse couche est possible en présence des accidents qui viennent de se présenter, en tout cas, le produit fœtal paraît encore être dans l'utérus; il rejette le diagnostic de corps fibreux qui est proposé à la visite.

L'état général n'est pas mauvais, la femme n'est pas très affaiblie par ses pertes de sang, elle ne vomit pas.

Après un mois, le 22 avril, la malade qui s'est rétablie, mais dont l'état abdominal ne s'est pas modifié (la tumeur

n'a guère augmenté), demande à sortir ; il lui est recommandé de revenir se présenter à la consultation.

Le 28 juin, cette femme redemande à entrer au service et elle est couchée à la même salle, au n° 4 ; elle a pu reprendre ses occupations depuis qu'elle a quitté l'hôpital, mais elle avait de temps en temps des pertes de sang, surtout après s'être fatiguée, les règles, nous insistons sur ce point, n'ont point reparu.

La tumeur abdominale est exactement dans le même état où elle se trouvait au mois d'avril, c'est-à-dire il y a deux mois, les mesures exactes qui avaient été prises se trouvent être les mêmes aujourd'hui, l'utérus remonte à deux travers de doigt au dessous de l'ombilic, il est couché un peu obliquement à droite et présente toujours une consistance très dure, très régulière ; la matité est partout très nette ; la sensibilité du ventre est moindre au palper. On ne constate pas de ballonnement, ni de bruit vasculaire d'aucune sorte, la femme n'a jamais senti de chocs, de trépidations semblables à celles qu'elles a déjà éprouvées dans ses grossesses antérieures ; les seins ne sont pas développés, la vulve n'est plus violacée. Au toucher, le col est assez ferme, on sent que le corps de l'utérus est volumineux et qu'il déborde surtout à droite, où il comble un peu le cul-de-sac correspondant, mais il n'y a pas de fixité, pas d'enclavement de cette masse dans le petit bassin.

Les métrorrhagies se représentent encore de temps en temps, peu abondantes, mais presque tous les jours.

M. Siredey modifie son diagnostic, et, se basant sur l'arrêt indéniable de la tumeur dans son développement et sur la disparition des signes concomitants qui semblaient accompagner une grossesse lors du premier séjour de la malade, n'admettant pas d'autre part la possibilité d'une fausse couche faite en dehors de l'hôpital, croit que cette tumeur peut être considérée comme un fibrome interstitiel. Le traitement institué est : Ergotine soit en potion, soit en injections ; applications permanentes d'eau de Kreusbach, bains salés, repos absolu au lit.

Les métrorrhagies cessèrent, mais les douleurs utérines revinrent par accès et il fallut interrompre pendant quelques jours les applications d'eau salée sur le ventre ; pas de vomissements, l'appétit revenait et la malade reprenait son aspect normal.

Pendant le mois d'août, la tumeur, qui était plus prononcée à droite, revient peu à peu et le ventre moins volumineux la laisse circonscrire facilement, elle est régulière, sans bosselure, dure, peu sensible et occupe toute la fosse

iliaque correspondante; pas de pertes, pas d'évacuations anormales par le rectum.

A son retour de vacances, le 17 septembre, M. Siredey est très frappé de cette résolution inattendue de la tumeur, elle n'occupe plus qu'une partie de la région iliaque, se continue directement avec l'utérus comme auparavant; le toucher vaginal ne donne aucune sensation nouvelle, le col est toujours ferme, bien formé, bien régulier. Par le toucher rectal, on ne sent pas de saillie répondant au cul-de-sac postérieur, pas de compression de l'intestin. Nous avons dit que la malade n'a rien rendu, au dire des infirmières, d'extraordinaire par les garde-robes, elle n'a pas eu de débâcles. Mais elle a maigri, et l'appétit est très capricieux. Les pertes de sang utérines ont cessé, il n'y a pas d'écoulement anormal.

Cette nouvelle phase dans l'évolution de la tumeur fait reprendre à M. Siredey son diagnostic de fibrome, il n'aurait jamais vu jusqu'ici, dit-il, de tumeur fibreuse de l'utérus se fondant pour ainsi dire en si peu de temps, même sous l'action d'un traitement rationnel. Ce serait un cas unique. Il croit en conséquence que c'est une tumeur maligne, latente d'abord, puis évoluant maintenant rapidement, et que son siège est dans le *corps de l'utérus*, car le col est certainement intact, tandis que l'utérus est aujourd'hui fixé en arrière.

5 octobre. La malade a une diarrhée très abondante, il n'y a pas de pus dans les selles; elle est refroidie, le faciès est grippé, elle a des frissons le soir, ce sont des phénomènes cholériformes. Pas d'albuminurie.

Traitement : Julep Todd avec XXV gouttes de laudanum.

Du 7 au 18. L'amaigrissement causé par la diarrhée rebelle et le refus des aliments, par les vomissements qui reviennent 1 ou 2 fois par jour, fait de grands progrès; la tumeur diminue, et il n'y a toujours pas d'écoulement utérin, peut-être la collection se vide-t-elle dans l'intestin, mais l'examen des selles ne révèle rien, et le rectum est libre mais très enflammé, il y a des épreintes.

A la fin d'octobre : Cachexie véritable et œdème de la jambe droite (thrombose); vomissements tous les 2 jours, la malade ne prend que de rares aliments les saillies osseuses se révèlent, le tégument devient flasque, ridé.

2 novembre. Phlegmatia alba dolens double, et escharre du sacrum; l'aspect cadavérique se prononce, le squelette se dessine tous les jours davantage; la malade se refroidit et ne peut être réchauffée, même au contact de boules chau-

des; la température reste pendant tout ce temps au-dessous de 37°, de 36° à 36,7, les forces sont anéanties, la voix est cassée, la langue est sèche; les évacuations sont plus rares.

Elle meurt le 12 novembre, au soir.

AUTOPSIE faite le 14 novembre à 8 h. du matin. — *Cavité abdominale.* Le péritoine offre dans ses régions inférieures une teinte gris noirâtre; la cavité est oblitérée au niveau du petit bassin par des adhérences qui unissent les organes pelviens à quelques anses intestinales : portion terminale de l'iléon, S iliaque, cœcum, plus une partie du côlon transverse voisine de l'angle gauche du côlon. Cet intestin se trouve ainsi attiré tout à fait en bas et offre une direction en V ouvert en haut, au lieu de sa direction transversale habituelle. Dans le petit bassin, sous les anses adhérentes, se trouve une masse dure, sorte de tumeur dont on ne peut au premier abord déterminer la nature. — L'estomac est sain ainsi que le *duodénum* et l'*intestin grêle* dans toute sa longueur; le *gros intestin* offre quelques signes d'inflammation; au niveau de l'S iliaque, se trouve une ulcération qui fait communiquer la tumeur pelvienne, laquelle paraît kystique, avec la cavité intestinale; au-dessous de ce point, dans l'S iliaque et le *rectum* (qui est reporté sur le côté droit du bassin et décrit une courbe à concavité gauche) la muqueuse est très rouge, manifestement et violemment enflammée; au niveau de l'anus, existe une ulcération superficielle, allongée de haut en bas, offrant 1 centim. $1\frac{1}{2}$ de largeur sur 3 de hauteur. Le foie, peu volumineux, paraît sain; voies biliaires saines. Le *pancréas* est petit, dur à la coupe, de couleur jaunâtre. En examinant le *kyste pelvien*, on aperçoit qu'il contient de petits os appartenant vraisemblablement à un fœtus de 4 mois; les os sont disposés sans ordre dans la cavité kystique située dans le cul-de-sac postérieur, entre le rectum et l'utérus; ce dernier organe est rejeté un peu à droite. En disséquant la pièce, on parvient à retrouver, à sculpter pour ainsi dire au milieu des adhérences qui unissent les organes voisins, les deux trompes; elles se montrent un peu dilatées. A mesure que l'on se rapproche de leur pavillon, le contenu de leur muqueuse devient noirâtre, enfin, on constate qu'elles communiquent toutes deux avec le kyste. L'*ovaire droit* est impossible à découvrir; quant à l'*ovaire gauche*, il paraît n'être plus qu'une coque terminant pour ainsi dire la trompe et ouverte largement dans le kyste.

L'*utérus* est absolument sain, ainsi que le *vagin*; le tissu cellulaire du petit bassin est enflammé chroniquement,

transformé en tissu lardacé. La vessie est saine, ainsi que les uretères.

Les reins petits, lisses, sont un peu blanchâtres dans leur substance corticale, mais l'un d'eux offre, en outre, un petit infarctus tout à fait récent, se présentant à la coupe sous forme d'un triangle d'un rouge violacé; il ne fait cependant aucune saillie à la surface de l'organe sur laquelle appartenait la base de la pyramide qu'il constitue.

L'aorte abdominale est saine, ainsi que les iliaques.

Mais la veine cave inférieure contient un caillot actif remontant jusqu'au foie, entièrement libre dans sa partie supérieure, mais adhérent à la paroi postérieure dans sa partie inférieure. Il se continue de côté et d'autres dans les iliaques qui sont oblitérées entièrement par une masse fibreuse adhérente à leur paroi, et colorée par le sang en brun à certains endroits, en jaune d'ocre en d'autres, principalement au centre du caillot.

Poumons : Dans la plèvre et le poumon gauche semés de granulations miliaires, adhérences nombreuses.

Dans le poumon droit, sclérose et petites cavernes tuberculeuses, granulations miliaires.

Ganglions bronchiques, hypertrophiés, noirs à la coupe.

Péricarde, légère sérosité citrine. — *Cœur* petit, pesant 118 grammes; l'endocarde est sain.

21. M. BENARD présente un cancer du foie secondaire; la malade avait été opérée pour une tumeur du sein droit quelques années auparavant; il y avait de ce côté un épanchement sanguinolent dans la plèvre.

22. M. CASTEX montre un corps fibreux, très volumineux retenu à l'utérus seulement par un pédicule très mince.

23. Atonie de la vessie. — Hématurie. — Pneumonie hypostatique. — Mort. — Noyaux apoplectiques de la muqueuse vésicale; par Alph. HUZ, interne des hôpitaux.

Dujardin Augustin, 72 ans, entre le 10 novembre 1880 au n° 29 de la salle Nélaton, à Bicêtre, service de M. GILLETTE. Habituellement bien portant, le malade avait été pris depuis 3 semaines environ de difficulté croissante d'uriner. Il urinerait peu à la fois et chaque miction était laborieuse. Dans l'intervalle des mictions, il n'avait d'autre douleur que celle déterminée par la sur-distension. Aucun antécédent du côté des organes génito-urinaires.

Deux jours avant son entrée, il est pris, sans qu'un excès d'aucune sorte puisse l'expliquer, d'une rétention complète.

Il urine par regorgement. L'interne de garde, appelé dans la division, trouve une vessie très distendue et introduit avec la plus grande facilité une sonde molle d'un calibre moyen, qui donne issue à 1 litre 1/2 environ de liquide clair sans dépôt. Le lendemain, la veille de son entrée, on le sonde de nouveau et les dernières gouttes d'urine sont alors accompagnées d'un écoulement de sang assez abondant.

A son entrée, il est pris d'une frisson assez intense qui ne cesse qu'une demi-heure après. On le sonde alors de nouveau et il s'écoule 1 litre 1/2 d'urine. Deux autres fois, dans la journée, on donne issue à une quantité vraiment surprenante de liquide, étant donnée la quantité des boissons absorbées. Nous croyons pouvoir estimer à plus de trois litres la quantité d'urine que nous avons obtenue le premier jour. Les jours suivants, les sondages, répétés quatre fois dans les vingt-quatre heures, donnèrent plus de deux litres d'urine, c'est-à-dire presque la totalité des liquides ingérés.

Jamais nous n'avons trouvé le moindre obstacle à l'introduction de la sonde, ni du côté du canal, ni du côté du col. Dès que celle-ci était parvenue dans la vessie, il sortait parfois quelques gouttes de sang liquide ou bien un caillot, puis l'urine s'écoulait sans jet, en bavant et s'arrêtait bientôt. La vessie ne se contractait plus, les contractions des muscles de l'abdomen avaient un effet assez faible et les 3/4 du liquide restant n'étaient expulsés que grâce aux pressions que l'on exerçait sur la région hypogastrique. Enfin chaque évacuation était suivie de la sortie de quelques gouttes de sang clair et il s'en écoulait un peu par la verge quand la sonde était ôtée.

Jamais le malade n'a rendu de pus et les urines ne déposaient pas. Il n'eut pas de grands frissons en dehors de celui que nous avons signalé à son entrée dans la salle; mais, plusieurs fois, il fut pris de légers frissonnements.

Le toucher rectal fit reconnaître l'existence d'hémorroides internes peu développées (le malade présentait aux jambes quelques varices et des traces d'ulcères anciens). La prostate n'était que fort peu hypertrophiée, étant donné l'âge du sujet. Depuis plusieurs jours déjà, il avait une légère diarrhée (3 ou 4 garde-robes par jour) et une fois il rendit du sang avec les selles; Trait: sulf. de quinine.

12 Novembre Le surlendemain de son entrée, le malade qui toussait depuis longtemps se plaint de tousser davantage; on trouve dans son crachoir des crachats épais, jaunes, gluants. La respiration est plus rapide. La percussion du thorax dénote de la submatité aux deux bases; et

l'auscultation, à côté de râles fins disséminés dans toute la poitrine, montre des râles sous-crépitaux et même crépitaux à grosses bulles en arrière, aux deux bases et principalement à droite. La peau est sèche et légèrement terreuse. La face est colorée, L'appétit très faible, jusqu'alors, disparaît presque entièrement. La langue devient de plus en plus sèche, la soif vive et le pouls rapide et petit.

La température qui n'avait guère dépassé 38° monte à 39° et se maintient entre ces deux chiffres jusqu'à la mort, qui survient trois jours après.

La faiblesse était grande et ne fit que s'accroître jusqu'à l'agonie. La mort eut lieu le 15, à 10 heures du matin.

AUTOPSIE, 24 heures après la mort. — On ne trouve rien en dehors des poumons et de l'appareil génito-urinaire.

Poumons. congestionnés. Ils offrent de plus aux deux bases, des lésions de la pneumonie hypostatique.

Reins. congestionnés. Les calices et les bassinets des deux côtés sont remplis d'un liquide purulent, filant. Leur muqueuse est finement vascularisée, mais sans épaissement notable. Les uretères paraissent sains.

Prostate. Elle est peu augmentée de volume, rosée à la coupe; les veines qui l'entourent, très apparentes, sont remplies de sang coagulé.

Vessie, ouverte sur sa face antérieure et supérieure, puis sur les cotés; elle laisse échapper un liquide brunâtre contenant des petits caillots.

La tunique musculieuse ne semble ni épaissie ni enflammée. Elle soulève la muqueuse par places en formant de petites brides, de légères alvéoles comme on a l'habitude d'en rencontrer sur les sujets de cet âge.

La muqueuse, au contraire, offre des lésions qui nous ont paru présenter un certain intérêt. La coloration rouge très prononcée frappe tout d'abord et l'attention est attirée par trois noyaux hémorrhagiques dont le plus petit, moitié moindre que le plus volumineux, a la grosseur d'un noyau de cerise. Ces noyaux sont sous-muqueux, le frottement ne peut les enlever la muqueuse ou du moins une partie de cette tunique, passe au-dessus d'eux. Ils tranchent vivement par leur coloration d'un brun noirâtre sur la coloration rouge du reste de la surface interne et font saillie dans la cavité vésicale. Ils sont situés tout les trois à certaine distance l'un de l'autre, sur la face postérieure et vers le bas-fond de l'organe. Ces régions présentent, de plus, quelques varicosités bleuâtres. L'injection très vive de la muqueuse est surtout marquée au niveau des légères saillies réticulées. Des varicosités nombreuses, fines, arborescentes se voient

sur toute la surface, dans le trigone entre autres, et principalement au niveau du col vésical. On remarque, de plus, en ce dernier endroit, une assez grande quantité de petits points grisâtres sans élévation notable correspondante.

RÉFLEXIONS. — Nous croyons qu'il est difficile de reconnaître à l'hématurie observée chez notre malade une cause autre que l'évacuation totale de l'urine d'une vessie atonique et distendue depuis un certain temps déjà. Hématurie probablement favorisée par l'existence préalable de varicosités du col et du corps vésical.

Les lésions muqueuses causées par cette déplétion rapide à laquelle l'organe n'était pas habitué, nous ont paru avoir été rarement décrites, et c'est là ce qui nous a amené à la présentation de cette pièce, bien que le fait clinique soit devenu vulgaire.

En dernier lieu et accessoirement, nous attirerons l'attention sur la *polyurie limpide* que nous avons signalée et qui serait, d'après M. Guyon, un signe digne d'attention de pyélite au début. Opinion confirmée ici par l'autopsie.

24. Papillome de la narine ; par Ch. FÉRÉ, interne des hôpitaux.

La nommée Licht..... Louise, blanchisseuse, âgée de 20 ans, entrée à l'hôpital Necker dans le service de M. le professeur GUYON (salle Sainte-Cécile n° 20), le 18 mai 1880.

D'une bonne santé habituelle, sans traces de scrofule, un peu anémique. Il y a à peu près un an qu'elle s'est aperçue qu'elle avait quelque chose dans la narine gauche. C'était d'abord une sensation de chatouillement qui provoquait le grattage, bientôt suivi de l'écoulement de quelques gouttes de sang. Elle constata bientôt la présence d'une petite saillie sur la cloison nasale, à la partie antérieure de la narine gauche, un peu au-dessus de l'orifice. A mesure que la tumeur grossissait, les petits saignements de nez devenaient plus fréquents, ils étaient provoqués par les attouchements et par le moucher; puis la malade souffrit d'une sorte d'enchiffrement, puis de difficulté à respirer; et enfin l'orifice nasal se trouva complètement obstrué de ce côté. A aucun moment, il n'y a eu de véritable douleur. Tout s'est borné à une sensation de gêne.

Quand elle se présenta à l'hôpital, on trouva l'orifice nasal gauche à peu près complètement bouché par une tumeur du volume d'une petite noisette, et dont l'aspect rappelle

les végétations des organes génitaux. Elle présente la même surface mamelonnée et anfractueuse, mais sa coloration est plus blanche et elle a une consistance cornée, sur la partie qui fait saillie à l'extérieur; tandis que les parties qui sont contenues dans la fosse nasale ont un aspect framboisé, une consistance molle et saignent facilement au contact d'un corps dur. L'insertion se fait par un pédicule à peu près de moitié moins épais que la tumeur, sur la cloison, tout à fait sur la partie antérieure de la narine, et des végétations s'étendent dans la cavité du lobule. Pas d'engorgement ganglionnaire. Il n'existe pas de tumeurs semblables sur les parties génitales, ni ailleurs.

Le 21, la tumeur fut enlevée avec un fil de serre-nœud placé sur le pédicule. Il n'y eut qu'une hémorrhagie insignifiante, et on fit une cautérisation légère de l'insertion avec le crayon de nitrate d'argent. Ces cautérisations furent répétées tous les deux jours jusqu'au 29, et la malade sortit. Elle est revenue à la fin de juin et la guérison était complète.

La tumeur était constituée par des bourgeons papillaires les uns simples, les autres décomposés en deux ou trois mamelons. Ces bourgeons sont formés de tissu conjonctif embryonnaire contenant peu de vaisseaux. Ceux qui correspondaient à l'orifice nasal sont recouverts d'une épaisse couche cornée vers leur sommet; ceux qui étaient situés profondément étaient recouverts d'un revêtement peu épais de cellules pavimenteuses.

25. Kystes hydatiques multiples de l'abdomen. (Rapport sur la candidature de M. Havage, interne des hôpitaux. au titre de membre adjoint); par le Dr A. MAYOR.

Entre plusieurs faits intéressants d'anatomie pathologique que M. Havage a présentés à la Société, il en est un sur lequel je désire attirer plus particulièrement votre attention. C'est un cas de kystes hydatiques multiples de l'abdomen, observé l'an dernier dans le service de M. RENDU.

L'observation, résumée brièvement, doit être rappelée ici. Il s'agit d'une femme de 48 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels, qui est prise en 1875 d'une métrorrhagie qui dure un an environ; à cette métrorrhagie succèdent des douleurs vagues dans la région du foie, accompagnées de temps en temps de vomissements et de méloena; enfin, (et j'insiste surtout sur ce symptôme nouveau) six mois avant son entrée à l'hôpital éclatent tout à coup des symptômes aigus du côté de l'abdomen, se

traduisant par de la fièvre, des vomissements, de l'exacerbation des douleurs, et par de l'augmentation de volume du ventre. L'état général est devenu rapidement mauvais ; l'émaciation est extrême ; il y a des vomissements presque incoercibles et une constipation opiniâtre ; les douleurs intolérables ne sont calmées momentanément que par des injections de morphine répétées trois ou quatre fois par jour. Ajoutons qu'une circulation veineuse supplémentaire très riche se remarquait à la partie supérieure des cuisses, et dans tout le côté droit de l'abdomen et témoignait de la gêne de la circulation dans le système de la veine cave inférieure.

La première pensée qui vint à l'esprit, après l'examen de la malade, fut qu'on avait affaire à une tumeur abdominale ayant son point de départ dans les organes génitaux : en effet, le bord inférieur du foie était séparé de la tumeur par une zone très nette de sonorité ; d'un autre côté, le col de l'utérus était abaissé et complètement enclavé par une tumeur rénitente qu'on percevait dans les culs-de-sac ; enfin, les premiers accidents avaient débuté par une métrorrhagie et coïncidé avec l'époque de la ménopause. A cause de l'irrégularité de la masse qui présentait des bosselures manifestement fluctuantes, le diagnostic porté d'abord fut celui de tumeur cysto-sarcomateuse de l'ovaire droit. Cependant, la persistance des vomissements devenus fécaloïdes et de la constipation ayant déterminé M. Rendu à faire une ponction dans l'une des bosselures fluctuantes, on recueillit environ 60 gr. d'un liquide non visqueux, d'une limpidité parfaite, donnant par l'acide azotique un léger précipité albumineux, et, par le nitrate d'argent, un dépôt très abondant de chlorure d'argent et dans lequel le microscope décelait quelques cellules épithéliales, mais pas de crochets d'échinocoques. Le diagnostic de kystes hydatiques péritonéaux fut alors mis en ligne, mais non sans faire des réserves nécessitées par le caractère malin et la marche rapide de la tumeur.

Le jour même de la ponction, la malade succombe avec les symptômes péritonitiques de l'obstruction intestinale.

AUTOPSIE. — On constate tout d'abord que la tumeur bosselée qui occupait l'hypochondre et le flanc droit avait la forme d'un gâteau mamelonné ayant environ trente centimètres en longueur et en largeur, et une épaisseur moyenne de dix à douze centimètres, et était constituée par des kystes hydatiques de toute grandeur, dont le nombre peut être évalué à trente ou quarante, et qui sont réunis entre eux par des brides fibreuses très vasculaires ; quelques-uns d'entre eux,

situés à la périphérie de la tumeur, jouissent d'une indépendance relative et sont comme pédiculés.

La portion droite du colon transverse est adhérente à la face profonde de la tumeur ; son calibre est réduit de volume, ses parois sont épaissies, la muqueuse est pâle, et il est évident que, depuis longtemps déjà, il n'y passe plus de matières fécales.

Toute la partie inférieure de la masse kystique remplit le petit bassin. Un des kystes, notamment, a le volume d'une petite tête de fœtus et comprime fortement le rectum, en même temps qu'elle abaisse le vagin. Les organes génitaux internes sont enclavés au milieu de tous ces kystes ; on retrouve facilement l'utérus et l'ovaire gauche, qui n'ont avec les kystes que des rapports de voisinage, mais il est impossible de reconnaître l'ovaire droit. Enfin, la lumière de la veine cave inférieure est complètement effacée par le fait de la compression qu'exerce sur elle cette énorme tumeur.

Sur l'un des reins, on trouve un kyste ayant le volume du poing, et sur la rate un autre kyste ayant presque le volume d'une tête d'adulte et pesant deux kilogrammes.

Quant au foie, son volume est normal. On trouve dans l'intérieur du parenchyme quelques petits kystes renfermant les éléments caractéristiques. Mais, de plus, on remarque à la surface de cet organe, près de la vésicule biliaire, une ancienne poche kystique en partie remplie de bouillie grisâtre. Terminons en disant que le péritoine présente en même temps des signes de péritonite ancienne (adhérences fibreuses) et des signes de péritonite récente (injection et vascularisation).

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous paraît intéressante à plus d'un titre. Au point de vue clinique, nous avons insisté sur la difficulté du diagnostic dans ce cas particulier, mais nous devons dire un mot de la marche et du pronostic, qui ont présenté une gravité peu commune. Il est rare, en effet, que des kystes hydatiques épiploïques arrivent, en moins de six mois, à former une masse pesant trois kilogrammes et demi ; il est rare aussi qu'une tumeur de cette nature donne lieu aux complications qui ont été signalées. En effet, nous avons retrouvé dans les auteurs plusieurs exemples de compression du rectum et de la vessie par des hydatides du bassin, mais, dans aucune observation, nous n'avons vu mentionnée la compression d'une autre portion du tube digestif ou la compression de la veine cave infé-

rieure. Or ces deux accidents ont été assez prononcés, dans le cas rapporté par M. Havage, pour donner lieu, l'un au développement d'une circulation collatérale telle que certaines veines sous-cutanées avaient le volume du petit doigt, et l'autre à des symptômes d'occlusion intestinale qui ont amené la mort.

Au point de vue anatomique, nous appellerons l'attention sur la multiplicité des kystes hydatiques qui occupaient presque tous les viscères de l'abdomen : foie, rate, rein, ovaire et péritoine. Quant à la constitution de ces kystes, chacun d'eux renfermait un grand nombre de vésicules, mais ces vésicules étaient des acéphalocystes; car, bien qu'on ait examiné au microscope le contenu liquide de ces vésicules, en ayant soin même d'étaler et de racler la membrane interne, on n'a pas une seule fois trouvé de crochets d'échinocoques. On voit, par ce fait, combien était trop absolue la conclusion de Livois qui prétendait que les hydatides contiennent toujours des échinocoques. La vérité est que dans des kystes paraissant être arrivés au même degré de développement, on constate tantôt la présence, tantôt l'absence des échinocoques; il peut même arriver qu'on trouve les deux variétés d'hydatides sur le même sujet, comme dans le cas de MM. Charcot et Davaine.

Enfin, il est une dernière remarque dont M. Havage a fait suivre son observation et qui nous paraît avoir une grande importance; elle concerne la pathogénie des kystes hydatiques du péritoine et du bassin. On sait, en effet, qu'on ne trouve jamais ces kystes à l'état d'isolement, mais qu'ils coexistent toujours avec des hydatides de l'un quelconque des viscères abdominaux et principalement du foie. De là à conclure que les kystes péritonéaux ne se forment qu'après rupture d'un kyste hydatique viscéral voisin, il n'y avait qu'un pas. L'observation précédente, par les phénomènes cliniques qui l'ont accompagnée et aussi par certaines particularités anatomiques, semble donner raison à cette théorie. Il est bien évident, en effet, que, depuis 2 ans, la malade portait un kyste hydatique du foie, lequel traduisait son existence par une douleur sourde dans la région hépatique et par des troubles dyspeptiques, mais n'avait pas amené d'augmentation notable de volume du ventre; puis, tout à coup, six mois avant la mort, éclatent des phé-

nomènes de péritonite aiguë, et, à partir de ce moment, apparaît dans le côté droit de l'abdomen une tumeur qui s'accroît rapidement. Ces phénomènes aigus ne sont-ils pas en rapport avec l'irruption du contenu d'un kyste dans la cavité péritonéale? On sera d'autant plus disposé à le croire, qu'on a trouvé au niveau du bord antérieur du foie une poche kystique dont le contenu avait en grande partie disparu, et où il n'existait plus qu'une sorte de bouillie grisâtre, et il est facile d'admettre que c'est cette poche même qui s'est rompue. Sans discuter plus longuement cette interprétation, nous croyons que le fait mérite de retenir l'attention des observateurs.

Séance du 26 novembre 1880.

PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

26. Nécrose du cricoïde;— accidents pendant la trachéotomie; par CERNÉ, interne des hôpitaux.

Le nommé B. Justin, âgé de 21 ans, entre le 17 novembre 1880, dans le service de M. BERNUTZ, à la Charité. Il éprouve depuis quelques jours des accidents de suffocation qui semblent dus à une laryngite ulcéreuse, probablement tuberculeuse, car il a éprouvé les mêmes phénomènes il y a un an, et a depuis conservé la voix rauque, et, d'autre part, il n'est pas syphilitique. Le cornage empêche d'ailleurs d'entendre les bruits pulmonaires.

Le 20, les progrès de la suffocation nécessitent la trachéotomie. Tout ayant bien marché jusqu'à l'incision de la trachée, je crus devoir faire la crico-trachéotomie à cause de la grosseur du corps thyroïde, vu d'ailleurs l'âge peu avancé du malade. Mais, le cricoïde ayant été sectionné et l'incision prolongée en bas, l'air ne pénètre point dans la trachée. La tentative ayant été renouvelée avec le bistouri boutonné, même résultat. Un de mes collègues alors, trouvant la trachée déviée, pense que le conduit aérien n'a pas été ouvert, ouvre la trachée et introduit le dilatateur.

Le malade, à peu près asphyxié, et ayant perdu une quantité notable de sang, est ranimé avec assez de peine, mais il ne tarde pas à tomber dans une sorte de semi-coma, et, malgré la régularité de la respiration qui s'entend bien dans le poumon, il meurt le soir même.

AUTOPSIE. — On peut reconnaître la cause des accidents de l'opération. Le cartilage cricoïde est nécrosé dans la plus grande partie de son étendue et le séquestre est entièrement isolé et enveloppé par le périchondre épaissi. Le bistouri, ayant incisé le cricoïde, a glissé à droite entre la face profonde du cartilage et le périchondre, et a ensuite coupé le corps thyroïde en déviant la trachée vers la gauche et sans y pénétrer. Le bistouri boutonné n'a pu que suivre la même voie.

La 2^e incision a porté sur les 3^e, 4^e et 5^e anneaux de la trachée.

Le reste du larynx était sain, sans rétrécissement vrai; il s'agissait sans doute d'une laryngite œdémateuse (glottique) et d'un spasme réflexe; pas de tubercules pulmonaires. Peut-être la cause de la nécrose était-elle un traumatisme antérieur (?).

Il nous a semblé intéressant de communiquer ce singulier accident. La discussion sur le mode opératoire peut se réserver, mais ne signifie rien dans le cas présent; car, il est évident que même chose pourrait arriver dans le cas où il y aurait une nécrose d'un cartilage de la trachée avec isolement du séquestre dans son périchondre.

M. DESPRÉS déclare mauvais tous les procédés récents de trachéotomie, aussi bien le procédé en un temps que le procédé de Bourdillat, que le procédé au thermo-cautère. Lorsque, comme Trousseau, on découvre largement le corps thyroïde dont on écarte les lobes en déchirant le tissu cellulaire avec la sonde cannelée, puis la trachée, on ne court aucun risque, et l'opération est toujours facile. La crico-trachéotomie prônée de nouveau par M. Krishaber est aussi une mauvaise opération, parce que l'incision du cricoïde n'ouvre qu'une voie trop étroite : pour en obtenir un bon résultat, il faudrait, comme il l'a vu faire à Nélaton, réséquer un demi-centimètre du cricoïde.

M. CH. H. PETIT dit qu'il est loin d'être facile, même chez les enfants, de déchirer le tissu cellulaire avec la sonde cannelée, parce qu'on est souvent obligé de faire vite.

M. HOUEL pense, contrairement à M. Després, que la tra-

chéotomie est toujours une opération délicate et même difficile, et que, souvent, on est obligé d'ouvrir vite la trachée, et qu'on le fait comme on peut sans suivre les règles.

M. KIRMISSON dit que la trachéotomie est une opération délicate, mais non difficile. Et si elle était toujours difficile, comme le dit M. Houel, on ne pourrait pas espérer la rendre plus facile ni surtout plus sûre, en la pratiquant par un procédé aveugle comme le procédé en un temps. Dans le cas actuel, si on avait fait l'opération par le procédé de Trousseau, on aurait évité toute difficulté. Quant à la crico-ectomie, il l'a vu fournir un bon résultat à M. Panas.

M. DESPRÉS répond à M. Petit que ce n'est pas parce qu'on n'a pas le temps qu'on éprouve de la difficulté à faire la trachéotomie, mais, au contraire, parce qu'on se presse trop. En allant lentement, il a toujours opéré facilement et sans accident.

M. PETIT rapporte plusieurs cas de syncope pendant la trachéotomie par le procédé lent.

M. SAVARD. On a observé, cette année, à l'hôpital des Enfants, trois cas de mort pendant l'opération en deux temps et pas une seule dans le procédé en un temps.

27. M. ROUSSEAU présente un *lipôme* pesant 12 livres, développé en 10 ans dans la région de l'épaule et poussant un prolongement dans l'aisselle.

M. DESPRÉS insiste sur le fait qu'il existait un point où la tumeur n'était pas énucléable ; il en est resté des petites portions entre les fibres musculaires du bord externe du trapèze. Il pense que tous les lipômes qui prennent un grand développement ne sont jamais primitivement sous-cutanés. Les gros lipômes uniques sont développés entre les faisceaux musculaires et dans les espaces intermusculaires. Il faut toujours ouvrir la gaine d'un muscle pour les enlever. Il a opéré six tumeurs analogues : dans un cas, le lipôme s'était développé dans le vaste interne, tout près de l'insertion. Dans tous les autres, il a observé des accidents fébriles vers le quatrième ou cinquième jour, état particulier que Dupuytren attribuait aux malades auxquels on a fait des opérations de complaisance.

28. Pseudarthrose du cubitus ; par le Dr SCHWARTZ, prosecteur des hôpitaux.

Homme de 50 ans, environ, livré à la dissection, (amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux).

En examinant l'avant-bras gauche, on est frappé de l'existence d'une tumeur située au niveau de la région orbitale, à la partie moyenne. Cette tumeur est régulière, recouverte par les muscles et fait corps sur le cubitus. Elle présente l'aspect d'un exostose ou d'un cal. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que dans les mouvements de pronation et de supination, il se passe à son niveau des frottements très manifestes. La dissection nous met en présence d'un cal difforme du cubitus avec pseudarthrose complète entre les deux extrémités osseuses.

La pseudarthrose est une fibro-synoviale, véritable capsule qui retient les deux bouts tuméfiés de l'os ; il existe une membrane lisse à l'intérieur, et la surface des fragments est revêtue, en certains points, de cartilage comme l'a démontré l'examen fait par M. Mayor.

Pas de traces de fracture du radius appréciables.

L'articulation huméro-cubitale est atteinte d'arthrite sèche avec excroissances périostiques.

Il s'agit là d'un fait très rare, puisque sur 111 cas de pseudarthrose de l'avant-bras, nous n'en avons pas rencontré un seul analogue. Pseudarthrose du cubitus sans fracture appréciable du radius et pseudarthrose complète. Le mouvement qu'exécute le cubitus dans la pronation et la supination se passaient absolument dans cette fausse articulation.

Serait-ce là la cause de cette arthrite sèche du côté de l'articulation huméro-cubitale ?

(La pièce est déposée au musée Dupuytren).

29. Aphasie avec lésion classique ; par L. GALLIARD, interne des hôpitaux.

Pierre Auillon, âgé de 39 ans, entre le 26 août 1880 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Louis, n° 8, service de M. HAYEM.

Les renseignements fournis sur le malade par sa femme sont peu complets ; il nous est impossible de savoir s'il a eu une attaque de rhumatisme, depuis quand il a offert les premiers symptômes d'une affection cardiaque.

C'est au mois de juin 1880, qu'il a commencé à tousser, à perdre l'appétit.

En juillet, il a éprouvé des douleurs oculaires, une céphalalgie très intense, sans troubles de l'intelligence, ni de la parole. Vers le milieu d'août, une attaque a lieu dans la rue ; le sujet tombe sans perte de connaissance complète ; quand on le relève et qu'on l'interroge, il est incapable de parler et de dire son adresse. On constate une hémiplegie droite complète de la face et des membres. Sa femme remarque chez lui, à la suite de cette attaque, la difficulté d'exprimer certaines choses, il devient triste, irascible, volontaire.

A l'entrée à l'hôpital, on constate, outre l'hémiplegie droite et une affection cardiaque qui paraît constituée par un rétrécissement aortique, les signes manifestes de l'aphasie.

Le malade est dans l'impossibilité de nommer la plupart des objets qu'on lui présente, il a cependant un vocabulaire assez étendu, mais les mêmes mots reviennent souvent. L'intelligence est très affaiblie.

15 septembre. Légère amélioration de l'hémiplegie droite, les membres exécutent quelques mouvements ; les fonctions verbales ont fait peu de progrès. Le malade peut lire tous les mots ; il nous adresse toujours les mêmes paroles, disant qu'il veut quitter l'hôpital. Quand sa femme vient le voir, il ordonne de l'emmener et l'injurie parce qu'elle refuse de se laisser faire.

15 octobre. Le malade peut mettre pied à terre et faire quelques pas dans la salle ; mais le bras droit jouit d'une activité fort restreinte. Nous remarquons que l'intelligence paraît un peu plus nette. Les réponses sont meilleures, la lecture plus facile ; certains mots qui échappaient jadis sont maintenant mis en usage.

12 novembre. Depuis quelques jours, le malade ne peut plus se lever, les pieds sont œdématisés, la faiblesse augmente, l'appétit diminue, les téguments pâlissent. Cependant, pas de paralysie vésicale ni rectale. Sensibilité conservée à droite, mais perte absolue des réflexes. L'aphasie n'a pas fait de progrès nouveaux, et même l'amélioration notée à cet égard s'est maintenue.

16 novembre. L'affaiblissement a progressé, il y a de la pneumonie hypostatique, le malade succombe.

AUTOPSIE. — Pneumonie du lobe inférieur droit. Le cœur est hypertrophié. Insuffisance aortique et lésions athéromateuses des valvules. Athérôme très prononcé de l'aorte.

Cerveau. Le ramollissement occupe le côté gauche. Il est étendu à toute la circonvolution de Broca, au pied de la pariétale ascendante, au lobule pariétal inférieur, à l'insula.

Sur une coupe transversale, on constate que la lésion intéresse la circonvolution de Broca dans toute son épaisseur, et, de plus, la capsule interne et le noyau lenticulaire.

A l'origine de deux grosses ramifications de la sylvienne, se trouve le caillot embolique qui a causé la destruction du tissu cérébral.

30. Rapport sur la candidature de M. Merklen au titre de membre adjoint; par M. Henry BARTH.

Parmi les présentations que M. Merklen a faites à la Société anatomique, l'une d'elles, ayant trait à cette forme de néphrite mixte que Johnson a désigné sous le nom de petit rein gras granuleux, attirera spécialement notre attention.

Chez le malade qui fait le sujet de cette observation, l'affection rénale paraît avoir évolué sous l'influence de deux causes principales, d'une part la tuberculose, de l'autre l'âge, et probablement l'athérôme. Cet homme, en effet, était âgé de 60 ans quand survint une bronchite chronique, sans doute de nature tuberculeuse, ainsi que semblent le prouver les cicatrices et les tubercules créacés des poumons, constatés à l'autopsie. C'est à la suite d'une rémission de la bronchite, que parurent l'anasarque et bientôt tout le cortège symptomatique de la néphrite parenchymateuse chronique. Les manifestations tuberculeuses avaient disparu ou mieux étaient devenues latentes, car il existait une granulie péritonéale ayant contribué pour sa part à la production de l'ascite.

L'on pouvait s'attendre à trouver à l'autopsie le gros rein blanc de Bright; or, les reins étaient blancs, mais diminués de volume et cette atrophie portait surtout sur la substance corticale qui, néanmoins, était jaunâtre et le siège d'une dégénérescence graisseuse évidente. En un mot, c'était un petit rein gras.

Les lésions histologiques, étudiées avec soin par M. Merklen, portaient à la fois sur les épithéliums, le tissu conjonctif et les vaisseaux.

Les lésions épithéliales étaient diverses. Certains tubuli, au centre des lobules, étaient dilatés, remplis d'un épithélium granuleux ou granulo-graisseux; d'autres étaient atrophiés, dépourvus d'épithélium. L'altération la plus remarquable consistait dans la présence de matière colloïde, remplissant complètement certains tubuli, surtout les tubes de Henle. Il était possible de constater, en certains points, la transformation vésiculeuse et colloïde de l'épithélium donnant naissance aux cylindres du tubuli.

Dans toute l'étendue du rein, la gangue conjonctive était épaissie, mais cette altération était surtout prononcée dans la région du labyrinthe. De nombreux glomérules de Malpighi étaient réduits à l'état de bourgeons fibreux entourés d'une zone de tissu embryonnaire.

Enfin, les vaisseaux du rein présentaient les altérations de l'endartérite chronique avec dégénérescence graisseuse de leur paroi.

Une hypertrophie très marquée du ventricule gauche du cœur coïncidait avec ces lésions rénales. Et, d'autre part, la granulie péritonéale évidemment récente, ainsi que le prouvait la richesse de ces granulations en éléments embryonnaires et en cellules géantes, permettaient de rapporter à la tuberculose les dégénérescences épithéliales du rein.

Mais, comment expliquer les lésions interstitielles et l'atrophie du rein ? La durée relativement courte de la maladie (10 mois) ne permettait guère de considérer l'ensemble des lésions comme le dernier terme d'une néphrite parenchymateuse aboutissant à l'atrophie; c'est l'explication que propose Johnson pour le petit rein gras granuleux. L'endartérite, dont les caractères étaient très accusés, pouvait mieux rendre compte de cet ordre de lésions. Il s'agissait d'un homme âgé, athéromateux; les lésions vasculaires, sans doute les premières en date, avaient provoqué tout d'abord l'inflammation chronique du tissu conjonctif périvasculaire, d'où cette forme de néphrite interstitielle connue sous le nom de rein sénile. Puis, sous l'influence de la détérioration générale de l'organisme résultant de la tuberculose, les lésions dégénératives de l'épithélium étaient venues se greffer sur ces reins, déjà altérés par le fait de l'âge.

Il s'agissait donc, dans ce cas, de deux maladies du rein distinctes; l'une, la néphrite interstitielle d'origine vasculaire, ne s'étant manifestée cliniquement que par l'hypertrophie du ventricule gauche et le bruit de galop; l'autre, la néphrite parenchymateuse, ayant évolué rapidement, mais avec tous les symptômes qui appartiennent à cette variété de mal de Bright.

C'est là un exemple net et intéressant de néphrite mixte, où la part étiologique des deux espèces d'altération de la substance rénale peut être facilement déterminée. [Le fait méritait d'être relevé, comme contribution à l'étude de la pathogénie encore discutée du petit rein gras.

Le Secrétaire,

CH. FÉRÉ.

DÉCEMBRE

Séance du 3 décembre 1880.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Sarcôme primitif de la conjonctive ; par M. le Dr CEPPI
(de Porrentruy, Suisse).

François H..., des environs de Porrentruy, âgé de cinq ans et demi, n'a jamais fait de maladie. Parents alcooliques. Quatre autres enfants, tous atteints, comme celui qui fait le sujet de notre observation, de la forme torpide de la scrofule. Un oncle du père, âgé de 65 à 70 ans, est porteur d'un carcinôme de la verge. Pas d'étiologie positive en dehors de l'alcoolisme des parents, de la mauvaise nourriture et de la misère.

La maladie pour laquelle je suis consulté a débuté, il y a cinq ou six semaines, par « un petit bouton de la grosseur d'une tête d'épingle, blanchâtre, et n'a jamais occasionné de douleurs. »

L'examen donne les résultats suivants : On aperçoit entre les paupières, du côté gauche, une tumeur composée de deux ou trois lobes assez distincts, du volume total d'une grosse noisette, d'apparence charnue, rouge et très vascularisée dans la plus grande partie de sa surface, de consistance ferme, élastique. Cette sorte d'excroissance s'élève de un 1/2 cent. au-dessus du bord libre de la paupière inférieure, quand l'œil regarde à l'horizon. Elle s'étend d'un angle de l'œil à l'autre, et est parfaitement mobile sur la paupière et sur le globe de l'œil, lesquels ne sont d'ailleurs nullement altérés. Cette tumeur est donc libre et mobile dans presque toute son étendue ; mais, on voit très bien qu'elle est adhérente au niveau du repli muqueux bulbo-palpébral, qu'elle fait corps avec la conjonctive et semble être recouverte par cette membrane. Elle repousse en avant la paupière inférieure de 8 millimètres environ, et est légèrement adhérente au niveau de la caroncule lacrymale. Indolore,

quand on la comprime par dessus la paupière, cette excroissance est douloureuse à la palpation immédiate. Elle a atteint en trois semaines le volume qu'elle présente aujourd'hui. Au devant du tragus, on sent un petit ganglion lymphatique.

Je diagnostique une tumeur maligne et j'en pratique l'ablation le 26 septembre 1879, avec l'aide de MM. Vallat et de Verra. L'enfant est chloroformisé et la tumeur disséquée à l'aide de ciseaux fins à pointes mousses et d'une érigne à chalazion. L'opération, assez délicate, dura une demi-heure et fut radicale, en ce sens que je pus enlever la totalité de la tumeur. Pansement ouaté légèrement compressif. A partir du troisième jour, collyre astringent. La guérison fut extrêmement rapide et les suites des plus simples. Au bout de quatre jours, l'enfant sortait et courait dans le village.

Je le revois le 7 novembre. Pas trace de récurrence. Une trainée blanchâtre occupant le fond du cul-de-sac bulbo-palpébral inférieur, dans toute sa longueur, reste comme la seule trace de l'opération. L'œil, contrairement à mon attente, n'a rien perdu de sa mobilité. Il a un aspect complètement normal et ne se distingue de l'œil droit par aucune anomalie.

Le 10 décembre, c'est-à-dire deux mois et demi après l'opération, je constate une récurrence au niveau de la caroncule lacrymale. Huit jours plus tard, le mal a fait des progrès sensibles. A la fin de décembre, la petite tumeur blanc-rosé, qui était d'abord strictement limitée à la face profonde de la conjonctive, avec laquelle elle faisait corps et qui n'avait amené jusqu'ici aucune déviation du globe oculaire, commençait à soulever celui-ci et à le refouler en haut et en dehors. A ce moment, le néoplasme qui repullulait au niveau de l'angle interne de l'œil, paraissait avoir le volume d'une petite noisette. L'occlusion des paupières ne pouvait plus être complète, à cause de la saillie de la tumeur. La paupière inférieure était, comme la première fois, projetée en avant, surtout dans sa moitié interne.

Je pressai les parents de se décider à une nouvelle opération, mais il y eut des retards, des hésitations sans fin, si bien que je ne pus opérer l'enfant que le 3 février. C'était trop tard, la tumeur de la conjonctive était devenue une tumeur de l'orbite. L'extirpation de l'œil ne fut pas acceptée, et je fus réduit à pratiquer une ablation incomplète. La paupière inférieure fut fendue dans toute sa hauteur, et, après avoir détaché de ses adhérences à la paupière et à la caroncule la portion antérieure de la masse morbide, je

reconnus qu'elle s'enfonçait profondément dans l'orbite, en soulevant fortement le globe avec lequel elle avait contracté des adhérences intimes. La paupière fut suturée et un pansement à l'acide borique appliqué. Les jours suivants, je fis faire simplement des lavages avec la solution borique, à trois et demi pour cent.

Bientôt, la maladie reprit sa marche rapidement envahissante. En peu de temps, la tumeur déborda la paupière inférieure et s'étala sur la joue, sous la forme d'une masse charnue rougeâtre ulcérée et sécrétant un pus infect. Au printemps, elle avait le volume d'une grosse pomme et recouvrait la joue dans presque toute son étendue, s'avancant jusque sur le nez et atteignant l'oreille. Cependant, l'enfant ne souffrait pas. Il sortait et jouait chaque jour avec ses camarades, ne se préoccupant nullement de son mal et présentant seulement les signes d'une anémie excessive.

La mort arriva le 27 juillet 1880, dix mois après la première opération. L'enfant était alité depuis deux mois, il se plaignait de maux de tête et avait de l'œdème des extrémités et des bourses. Il n'eut pas de convulsions, mais des vomissements fréquents et était « toujours endormi les derniers jours ». C'est une terminaison par méningite, à n'en pas douter. Nous savons aujourd'hui que les méningites consécutives aux altérations lentes de la face ou du crâne évoluent fréquemment sans grand appareil, sans convulsions notamment. J'ai vu, pour ma part, en 1877, à l'hôpital Cochin, dans le service de mon excellent maître, M. Després, une vieille femme atteinte d'un épithélioma de l'œil, mourir tranquillement, sans convulsions, après avoir seulement souffert du mal de tête pendant deux jours. A l'autopsie, nous trouvâmes une méningite confirmée.

J'examinai la pièce provenant de la première opération et trouvai qu'il s'agissait d'un sarcome; mais, connaissant la rareté des sarcomes primitifs de la conjonctive, je priai mon ancien maître, le professeur Langhans (de Berne) de me donner son avis. Il me répondit que la tumeur en question était un « *granulations-sarcom* », espèce histologique qui correspond au sarcome à cellules rondes de Virchow et au sarcome encéphaloïde des auteurs français. La préparation que j'en ai faite, colorée au carmin à l'alun après durcissement dans l'alcool, montre que telle est, en effet, la structure du néoplasme. Cependant, on trouve sur plusieurs points une organisation plus avancée et des caractères qui le rapprochent davantage du sarcome fasciculé.

A cette observation, intéressante à plus d'un titre, j'ai

crû utile d'annexer des portions de la tumeur provenant des deux opérations (la pièce percée d'une épingle représente le tiers environ de la tumeur primitive; le reste est constitué par les récidives). Une préparation microscopique et enfin une photographie représentent le malade en pleine récidive, quelques jours avant la seconde opération.

2. Fausses membranes diphthéritiques ; par M. CORNIL,
médecin des hôpitaux.

M. CORNIL, revenant sur une précédente communication qui avait eu trait à des fausses membranes des voies aériennes dans une fièvre typhoïde, dit qu'on ne peut pas décider s'il s'agissait d'une diphthérie secondaire ou d'une diphthérie survenant dans le cours d'une fièvre typhoïde, à titre de coïncidence. La lésion caractéristique de la diphthérie peut compliquer d'autres lésions inflammatoires, comme celles de la fièvre typhoïde, de la variole ou d'autres fièvres éruptives, elles peuvent se développer sur des plaques muqueuses, sans que, dans aucun cas, la fausse membrane présente des caractères propres, qui puissent la faire distinguer de la maladie générale connue sous le nom de diphthérie. La fausse membrane, qui paraît être la conséquence d'une inflammation intense, n'offre rien de spécifique dans sa structure.

M. LELOIR dit que, dans son travail sur le mode de formation des productions pseudo-membraneuses, paru en août 1880, dans les *Archives de physiologie*, il a montré que les fausses membranes qui se développent au niveau des épithéliums pavimenteux stratifiés, présentent toutes une structure analogue quand on les étudie à des périodes correspondantes de leur développement. Il est impossible de distinguer, histologiquement, les pseudo-membranes de la diphthérie vraie, de celles de l'angine herpétique, des plaques muqueuses diphthéritiques, des chancres indurés, des vésicatoires couenneux, etc., ou, encore, de celles qu'on obtient, en irritant expérimentalement la muqueuse pharyngée. Il a donc établi, pour la peau et les muqueuses à épithélium stratifié, ce que M. Cornil vient de décrire pour les muqueuses à épithélium cylindrique du larynx et de la trachée.

Il rappelle, de plus, qu'au point de vue morphologique,

il existe d'assez grands rapports entre le processus qui préside au développement des pustules et vésicules, tel qu'il l'a décrit dans ses travaux antérieurs, et celui qui préside à la formation des exsudats diphthéroïdes sur les épithéliums pavimenteux stratifiés. Les principales différences entre ces deux processus proviennent de l'absence d'une couche cornée à la surface des fausses membranes, couche cornée qui constitue une barrière à l'exsudat sous-jacent quand il s'agit de pustules cutanées.

Prenant pour exemple les pustules de variole ou les plaques muqueuses de la gorge, il montre que, par suite de l'absence de cette couche cornée, le réticulum épithélial ou épithélio-fibrineux ou fibrineux sous-jacent, est mis à nu et que rien ne s'oppose à ce que l'exsudat ne vienne se déposer à sa surface, sous forme de couches fibrino-purulentes, qui donneront ainsi à la pustule muqueuse un aspect pseudo-membraneux.

M. RENDU. Les fausses membranes constituent des lésions banales. Les descriptions allemandes de fausses membranes diphthéritiques ont jeté le trouble dans les esprits. On devrait réserver le nom de diphthérie à la diphthérie de Bretonneau.

M. CHARCOT. On a eu le tort de demander à l'anatomie pathologique plus qu'elle ne peut donner, en s'obstinant à chercher des caractères anatomiques spécifiques aux maladies spécifiques.

3. Idiotie. — Gâtisme. — Eruptions bulleuses sur les membres inférieurs. — Erysipèle. — Bronchopneumonie. — Mort. — Autopsie : Lésions pulmonaires et cérébrales. — Pachyméningite généralisée; dispositions spéciales de la néo-membrane ; par H. D'OLIER, interne des hôpitaux.

N... Félix, âgé de 14 ans, est entré le 30 mai 1879, à Bicêtre, à l'infirmerie des épileptiques (service de M. BOURNEVILLE).

Nous ne possédons aucun renseignement sur les antécédents de cet enfant ; nous savons seulement qu'il n'aurait jamais été paralysé. Il a toujours été grand gâteux. Cet enfant restait toujours confiné à l'infirmerie, à cause d'une faiblesse très grande, qui lui permettait à peine de marcher, de son état de gâtisme et surtout parce qu'il portait

aux membres inférieurs des phlyctènes et des ulcérations incessantes. Nous devons insister sur ces lésions qui nous ont paru avoir un caractère assez spécial. Les membres inférieurs présentaient constamment un état de cyanose, et les téguments en étaient d'un bleu violacé; de plus, la température y était abaissée d'une manière évidente à la main. Cet état s'accroissait de plus en plus au-dessous du genou, et les pieds, outre leur coloration foncée, présentaient un état œdémateux très net. C'est sur cette altération préalable des téguments que venait se greffer, en quelque sorte, la seconde lésion consistant en bulles plus ou moins volumineuses, et atteignant, en général, le volume d'une grosse noisette ou d'une noix. Leur production était très rapide : là où il n'existait la veille qu'une tache violacée de la peau, on constatait, le lendemain, la présence d'une grosse bulle remplie d'un liquide roussâtre; deux ou trois jours plus tard, l'épiderme soulevé se rompait en laissant à nu le derme macéré, ramolli, d'un brun noirâtre; au milieu de la tache, existait presque toujours une petite escharre, très superficielle, puisque la cicatrice consécutive était à peine déprimée, mais s'éliminant avec une extrême lenteur. La cicatrisation demandait trois à cinq semaines et il ne se produisait jamais de croûtes à la surface de la plaie. Si nous insistons ainsi sur les lésions des membres inférieurs, c'est que peut-être il y aurait lieu de les relier aux lésions méningées révélées par l'autopsie, au même titre que les escharres fessière et sacrée, dont le processus anatomique paraît être identique, sont rapportées aux lésions cérébrales et médullaires. — Divers traitements, entre autres les douches locales, furent successivement employées pour modifier la nutrition désastreuse des membres inférieurs, mais sans résultat.

Quoi qu'il en soit, l'enfant resta pendant l'année entière dans le même état, mangeant avec appétit, mais gardant le lit. Intelligence très affaiblie; idiotie incomplète; la parole, quoique rare, existait cependant; on pouvait, lorsque l'enfant était bien disposé, lui faire prononcer quelques phrases.

Le 20 novembre, on vit apparaître autour d'une bulle volumineuse siégeant au bord interne de la plante du pied droit, une rougeur diffuse, qui, dès le lendemain, s'était étendue à toute la jambe. De plus, la jambe gauche était également prise, et toutes deux présentaient un gonflement avec rougeur vive de la peau, limité par un bourrelet nettement accentué à la partie supérieure; il existait un érysipèle symétrique, et, d'ailleurs, le thermomètre accusait

40° dans le rectum. Les deux jambes furent couvertes de collodion, et, fait intéressant à noter, la température tomba dès le lendemain à 38°. L'érysipèle fut ainsi arrêté dans sa marche, mais l'enfant s'affaiblit rapidement, et, bien qu'on ne constatât aucune lésion importante dans les divers appareils (seulement quelques râles aux bases), l'enfant tomba dès le 26 novembre dans un état sub-comateux dont il ne sortit plus : les yeux étaient ternes, fixes, la peau sans élasticité, comme figée sur les parties sous-jacentes. — Mort le 28 novembre.

AUTOPSIE, 40 heures après la mort. — Les *poumons* présentent dans leurs lobes inférieurs quelques foyers de bronchopneumonie. Les autres viscères thoraco-abdominaux sont sains : *cœur*, 140 gr. ; *foie*, 340 gr. ; *reins*, chacun 80 gr. ; *rate*, 90 gr.

Crâne mince, sans adhérence exagérée avec la *méninge*, du moins au niveau de la voûte. *Méninges* : un flot de liquide céphalo-rachidien s'échappe au moment où l'on incise la *dure-mère*, dont la face interne présente des lésions très importantes ; on la détache facilement du cerveau pour la rabattre sur les parties latérales du crâne. Dans toute l'étendue correspondant à l'hémisphère cérébral gauche, elle est fortement épaissie, et doublée à sa face interne d'une *néo-membrane* épaisse de 5 ou 6 millimètres au point maximum, c'est-à-dire vers le sommet de la voûte. Cette *néo-membrane*, très adhérente, mais pouvant cependant être décollée, est d'apparence gélatiniforme et tremblotante dans ses parties les plus épaisses ; elle est limitée en dedans par une mince *membrane*, lisse et transparente, qu'on prendrait volontiers pour le feuillet pariétal de l'*arachnoïde*, si son existence distincte n'était rejetée par les anatomistes ; on distingue sans peine à l'œil nu, dans l'épaisseur de la *néoplasie*, une quantité considérable de capillaires dont quelques-uns ont un diamètre de plus d'un demi-millimètre. Sur une coupe de la *néo-membrane*, pratiquée au point le plus épais, on s'assure facilement qu'elle est constituée par une série de feuillets stratifiés, dont quatre au moins sont très apparents et dans l'intervalle desquels existent des *cavités irrégulières remplies de sérosité citrine*. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce point. Vers la base de l'hémisphère, on ne constate sur la *dure-mère* qu'un feuillet de nouvelle formation, très mince ; il en est de même sur la face interne de la *fausse membrane cérébrale*, qui présente néanmoins, après qu'on a enlevé le produit pathologique, une injection très vive ; cette injection augmente à mesure qu'on se porte en arrière, et la congestion est intense dans tout le cul-de-sac

dure-mérien qui reçoit la pointe du lobe occipital. Dans toute l'étendue de l'hémisphère droit, la dure-mère est doublée d'une néo-membrane vasculaire, extrêmement mince, qu'on enlève facilement par lambeaux.

Le *cerveau*, recouvert de l'arachnoïde et de la pie-mère qu'on n'en peut détacher en aucun point, est fortement congestionné dans toute l'étendue et surtout dans la partie postérieure de l'hémisphère gauche, qui est couverte d'arborisations vasculaires; les veines sont gorgées de sang. Dans leur partie antérieure, les deux hémisphères présentent des lésions de méningite ancienne (opacité, épaissement considérable de la pie-mère), qui prédominent surtout à droite, c'est-à-dire du côté où la pachy-méningite est le moins avancée. Il existe au niveau des divers sillons du lobe frontal, du sillon de Rolando et sur le bord supérieur de l'hémisphère, des traînées punctiformes d'un dépôt jaunâtre, opaque, situé sous l'arachnoïde; ces petites plaques minces, dont quelques-unes atteignent la dimension d'une lentille, paraissent situées de préférence sur le trajet des vaisseaux.

Les *masses centrales* sont saines dans les deux hémisphères, et diverses coupes pratiquées à chacun d'eux ne révèlent aucune altération macroscopique de la substance blanche.

Poids total de l'encéphale. . .	1020 gr.
Poids du cerveau	865 —
— de l'hémisphère gauche. . .	450 —
— de l'hémisphère droit . . .	415 —
— du cervelet	153 —

RÉFLEXIONS. — Le point qui nous paraît surtout intéressant à relever dans cette observation, est la texture exceptionnelle de la néo-membrane, dont les feuillets stratifiés cloisonnaient des cavités remplies de liquide; il est important de remarquer, qu'en aucun point, il n'existait de dépôt sanguin, pas plus à gauche où la lésion remonte vraisemblablement assez loin, qu'à droite où elle paraît au contraire très récente. Il y a donc lieu de se demander si les lésions considérables de pachyméningite qui recouvraient la dure-mère cérébrale gauche sont simplement la néo-membrane qui précède l'hématome presque fatalement consécutif, et alors on s'explique mal la présence du liquide qui existait dans son épaisseur, ou si, deuxième hypothèse, il s'agit d'une néo-membrane ancienne, ayant pu déjà four-

nir un ou plusieurs hématomes successivement résorbés et dont le liquide des poches serait la dernière trace ? Il paraît singulier que, dans ce dernier cas, on ne retrouve pas d'autre reliquat des caillots ; de plus, l'enfant n'avait jamais à notre connaissance présenté de symptômes d'hémorrhagie méningée, enfin, il est vraisemblable, que, s'il y avait un ou plusieurs hématomes de ce côté, c'est l'hémisphère gauche dont le développement eût dû être entravé ; or, cet hémisphère pèse précisément 35 gr. de plus que son congénère. Il paraît donc qu'on doit revenir à la première hypothèse : pachyméningite interne, non encore hémorrhagique.

4. Grossesse tubaire. — Rupture au milieu du troisième mois. — Mort. — Examen de la caduque utérine ; par L. GALLIARD, interne des hôpitaux.

Albertine Douvelet, âgée de 23 ans, doreuse, entre le 18 novembre 1880 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Thérèse, n° 9, service de M. HAYEM.

Pas d'antécédents pathologiques à noter. La malade a joui d'une bonne santé, elle est forte, assez bien musclée. Elle a toujours été bien réglée depuis l'âge de 13 ans. Il y a cinq ans, elle a accouché d'un enfant bien portant ; tout s'est passé d'une façon normale ; après neuf jours de lit, elle s'est levée et a pu reprendre son travail. Depuis lors, elle n'a jamais souffert, elle avait avec son mari des rapports assez fréquents, jamais douloureux.

Le 10 octobre 1880, les règles n'ont été constituées que par un léger écoulement sanguinolent durant à peine quelques minutes. Depuis ce jour, elle a eu plusieurs crises douloureuses survenant de la façon suivante : le matin, elle allait à son travail ; là, elle éprouvait de vives douleurs à l'abdomen et était forcée de rentrer chez elle. Pendant quelques heures, les souffrances persistaient, s'accompagnant de vomissements bilieux ou alimentaires. Puis, tout rentrait dans l'ordre.

Le 10 novembre, nouvel écoulement de quelques gouttes de sang remplaçant les règles, et, à la suite, coliques pendant plusieurs heures. A ce moment, la malade ne se croyait pas enceinte ; elle avait seulement un peu de gonflement des seins. Selles et miction normales.

Le 17 novembre, au soir, étant aux cabinets, elle éprouve au niveau de la fosse iliaque gauche une douleur atroce qui lui arrache des cris ; son mari accourt et la porte au lit. Bientôt, surviennent des nausées, des vomissements, un

malaise extrême, des lipothymies. Un médecin appelé en toute hâte au milieu de la nuit, prescrit de la poudre d'ipéca. L'acte du vomissement s'accompagne de vives douleurs.

Le 18 novembre, la malade est amenée par son mari, sur un brancard, à notre consultation, elle est dans l'impossibilité de mettre le pied à terre.

A la visite du soir, nous sommes frappé de sa pâleur et de l'angoisse peinte sur son visage. Les muqueuses sont décolorées, la peau a une teinte blanc mat. De temps en temps, les muscles de la face se contractent et la malade accuse une exaspération de ses douleurs. Celles-ci siègent à l'abdomen. Le ventre est ballonné, tympanisé, sonore à la percussion qui doit être pratiquée de la façon la plus délicate pour ménager la susceptibilité excessive des parties. Au niveau des flancs, la sonorité est moins nette, mais nulle part on ne trouve de tumeur.

Au toucher vaginal, l'utérus, difficile à atteindre, est un peu sensible, il a conservé sa mobilité, les culs-de-sac sont libres. Pas de rétention d'urine.

Pas de selles depuis la veille, pas de vomissements depuis le matin. Langue très sale. P. 112. T. 39°². La respiration est anxieuse. Pas de signes pulmonaires ni cardiaques.

19 novembre. La pâleur des téguments s'est encore accrue depuis hier soir, elle est pour ainsi dire cadavérique. M. Hayem n'hésite pas à diagnostiquer une hémorrhagie interne. En examinant le ventre, qui est moins ballonné que la veille, il y constate la présence d'une certaine quantité de liquide produisant de la fluctuation profonde et se déplaçant suivant que la malade se place sur un côté ou sur l'autre. Il en conclut qu'il y a du sang épanché dans le péritoine, et émet l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine, probablement tubaire, comme source de l'hémorrhagie. Le toucher vaginal ne fournit aucun renseignement. On trouve l'utérus assez haut, avec un peu d'effacement du cul-de-sac latéral gauche, le col regarde la paroi postérieure du vagin. Cependant, le toucher est douloureux. Le cathétérisme vésical ne fournit qu'une faible quantité d'urine, sans caractère spécial.

Le faciès est grippé, les traits tirés; les pupilles dilatées. La malade accuse des douleurs lancinantes à l'abdomen. La langue est sale, sans sécheresse. Le pouls est petit, filiforme. P. 104. T. 38°⁸. Ce matin, un vomissement a suivi l'ingestion d'une tasse de bouillon. Les extrémités sont froides.

Traitement: vessie de glace sur le ventre. Champagne glacé, lait.

Dès midi, les douleurs du ventre s'apaisent et les symptômes si graves du matin tendent à disparaître. Le soir, nous trouvons la malade plus reposée, moins abattue ; elle se plaint uniquement de céphalalgie. Elle a vomi encore une fois de l'eau rougie, et n'a pas été à la selle, mais des gaz sont sortis par l'anus. La langue est humide, moins sale. Le toucher est encore très douloureux, sans apporter d'indice nouveau. P. 120. T. 37°,6. Cathétérisme nécessité par la rétention d'urine.

20 novembre. La nuit a été calme ; le matin, dès qu'on enlève, pour la visite, la vessie de glace, les douleurs reprennent, on la replace immédiatement. Même pâleur des téguments. Il y a encore de la fluctuation dans l'abdomen. Quelques nausées. P. 120, filiforme. T. 37°,4. M. Hayem, pour combattre la péritonite consécutive à l'épanchement sanguin, fait appliquer sur le ventre un grand vésicatoire camphré. Champagne glacé, lait, bouillon. — Soir : P. 132. T. 37°,8. Rétention d'urine. Pas d'écoulement vaginal. Cathétérisme. Quelques douleurs de ventre.

21 novembre. Le vésicatoire a empêché le sommeil. Céphalalgie. Pas de douleurs. Pas de nausées. Légère épistaxis ce matin. Langue propre, humide. Pouls plus fort. P. 112. T. 37°,6. Cathétérisme. — Soir : T. 38°. Nouveau cathétérisme.

22 novembre. Ventre encore tympanisé, moins douloureux ; la nuit a été calme. La malade urine spontanément et peut se placer sur le côté. Pâleur un peu moindre. P. 128. T. 37°,8. Huile de ricin, champagne glacé. — Soir : 2 selles, miction normale, ventre peu sensible. P. 112. T. 37°,8.

23 novembre. Nuit calme. Ce matin, œdème très marqué des grandes lèvres. Rétention d'urine, cathétérisme. P. 112. T. 37°,6. — Soir : encore deux selles, aujourd'hui, rien par le vagin. P. 120. T. 38°,2.

24 novembre. Cette nuit, quelques douleurs, œdème de la vulve, toucher toujours douloureux. Pas de déplacement des organes. Ventre ballonné. P. 120, petit. T. 37°,8. Potion extrait thébaïque 0,10 centigrammes. Signes vasculaires de l'anémie très prononcés : à la pointe du cœur, souffle léger, à la base, souffle très net, dans la jugulaire interne, bruit continu avec renforcement. Dans la carotide, simple propulsion des bruits du cœur. — Soir : P. 120. T. 38°.

25 novembre. Même œdème des grandes lèvres, sans œdème des membres inférieurs. Ventre peu douloureux. Un peu de matité de la fosse iliaque droite. P. 120. T. 37°,6. La face commence à se colorer. — Soir : Nous trouvons la malade gaie, très heureuse de l'amélioration qui s'est pro-

duite, elle nous dit, et elle répète à plusieurs personnes qu'elle se trouve très bien. P. 124. T. 38° 2.

26 novembre. Ce matin, à 8 heures 1/4, la malade a par la vulve un léger écoulement de sang; un moment après, étant sur le bassin, elle pousse un cri et porte la main à l'abdomen où elle éprouve une douleur très vive, puis elle pâlit, son nez, ses extrémités se refroidissent. P. 128, petit, filiforme, à peine sensible. Décoloration absolue des téguments et des muqueuses. Fluctuation très évidente dans l'abdomen. Nous nous hâtons de faire appliquer de la glace sur le ventre. Deux injections d'éther sous la peau. — Mort à 10 heures.

AUTOPSIE. — Elle fut pratiquée par M. Hayem. Dès que la paroi abdominale antérieure a été divisée par l'incision longitudinale, on voit s'écouler une quantité énorme de sang liquide. Ce sang n'est collecté nulle part mais répandu dans toute la cavité péritonéale, où les anses intestinales flottent librement, sans adhérences. En tout, 3 kilog. 750 grammes de sang. Après avoir relevé le paquet intestinal, on constate que le cœcum et l'S iliaque ont seuls leurs tuniques ecchymosées. Il suffit alors de détacher des annexes de l'utérus les caillots noirâtres qui y adhèrent encore pour voir cet organe augmenté de volume, refoulé à gauche par une tumeur siégeant à l'extrémité de la trompe droite, et située un peu en arrière du corps de l'utérus, si bien que la partie libre de la trompe forme un croissant dont la concavité regarde en arrière et à gauche. — La vessie est normale.

La tumeur siége dans la trompe même dont la dilatation commence à 7 cent. 1/2 de l'insertion sur l'utérus, elle a la forme d'un œuf, son diamètre longitudinal mesure 10 cent., son diamètre transversal 7 cent. Elle présente une fluctuation très manifeste et on y perçoit nettement le ballottement. Son enveloppe est constituée d'abord par la trompe amniotique, puis par un tissu rougeâtre, faible, filamenteux, le placenta, devenu libre à la partie supérieure par suite de la rupture de la paroi salpingienne; c'est le placenta déchiré à son tour qui a fourni l'hémorrhagie. En écartant son tissu et les caillots qui y adhèrent, on arrive sur la poche des eaux, distendue par le liquide amniotique et dont la transparence permet d'apercevoir le fœtus. Après incision de la poche et écoulement du liquide, on retire le fœtus, long de 10 cent., âgé vraisemblablement de 2 mois 1/2, pourvu des organes génitaux externes du sexe masculin, possédant un cordon normal.

À partir du kyste fœtal, la trompe est perméable dans toute son étendue, et il est impossible de trouver la cause

d'arrêt du produit de la conception. Du côté du pavillon, l'occlusion est complète. C'est donc là une grossesse tubaire vraie avec rupture de la trompe à la partie supérieure.

L'ovaire droit, un peu plus gros que celui du côté opposé, est accolé à la partie inféro-interne du kyste et entouré de filaments rougeâtres, il contient un corps jaune volumineux.

La trompe gauche est longue de 10 centimètres, et perméable sur toute sa longueur.

Les deux trompes sont attirées vers la ligne médiane par deux replis membraneux qui s'attachent à la partie postérieure et externe du corps de l'utérus. Ces replis, résultant probablement d'une pelvi-péritonite consécutive à la première grossesse du sujet, paraissent propres à empêcher l'évolution normale de la trompe et son adaptation à l'ovaire; mais, cette disposition n'a pas empêché la progression de l'ovule, puisque c'est dans la trompe que celui-ci s'est arrêté.

L'ovaire gauche a son volume normal.

L'utérus est manifestement augmenté de volume, long de 12 cent., sa plus grande largeur est de 6 cent. Paroi épaisse de 1 c. 1/2. En pratiquant sur l'organe une incision longitudinale, on trouve sa cavité occupée par une membrane molle, rougeâtre, faiblement adhérente aux parois musculaires; se moulant exactement sur elles, elle a des prolongements dans les cornes utérines et son extrémité libre siéger dans la cavité cervicale.

Cette membrane est la caduque utérine. Il est facile de s'en assurer par l'examen histologique. On voit sur les coupes minces les grandes cellules spéciales à ce tissu, les unes arrondies, les autres pourvues de prolongements et d'aiguilles. Du côté de la surface libre de la membrane, on voit s'aboucher de grands culs-de-sac sans parois propres, remplis de cellules lymphoïdes et qui paraissent résulter d'une transformation spéciale des culs-de-sac glandulaires. Dans toute l'épaisseur de la membrane, se voient un grand nombre de vaisseaux oblitérés. Signalons encore sur plusieurs points une infiltration du tissu propre par de nombreuses cellules lymphatiques, s'interposant entre les grandes cellules décrites plus haut.

5. Pleuro-pneumonie tuberculeuse. — Tentative de suicide. — Ouverture de la plèvre. — Emphysème généralisé, sans pneumothorax ; par RENÉ LE CLERC, interne des hôpitaux

Le nommé Gambard François, âgé de 44 ans, cordonnier, entre le 28 Octobre 1880 dans le service de M. PÉRIER, à l'hôpital St.-Antoine. Ce malade était soigné dans le service de M. Mesnet pour une tuberculose pulmonaire vulgaire arrivée au 3^e degré, lorsque, dans la nuit du 27 au 28, succombant à la souffrance et au désespoir, il se donne trois coups de couteau et trois coups de poinçon croyant se frapper au cœur. Les blessures avaient porté en dehors de la région précordiale et ne pouvaient qu'avoir atteint le poumon ou la cavité pleurale.

Le malade est pâle, bouffi : Tout le corps est le siège d'un emphysème sous-cutané considérable. Si on veut ausculter le côté gauche de la poitrine, seul en cause à notre point de vue, l'oreille froisse et chasse des bulles d'air qui circulent dans le tissu cellulaire et produisent une crépitation fine et nombreuse. Malgré cela, on entend la respiration du haut en bas du poumon. Pas d'ampliation thoracique. Pas de bruit d'airain.

A la partie antérieure du thorax, il existe trois plaies faites par l'instrument tranchant, dont deux semblent pénétrantes ; c'est par ces deux dernières seulement que le sang sort en bouillonnant à chaque mouvement respiratoire. La plaie la plus supérieure existe au niveau du cartilage de la 4^e côte ; les deux autres occupent l'une le 4^e espace intercostal, l'autre le 5^e, se trouvant la plus rapprochée de la région précordiale. Il existe à côté de ces plaies trois petites perforations faites avec un poinçon.

Dans le cas donné, on ne pouvait penser à un pneumothorax dont il n'existait aucun signe. D'un autre côté, on éliminait la blessure du poumon, il n'y avait pas eu d'hémoptysie. Restait donc l'ouverture de la plèvre et encore devait-on aller plus loin dans le diagnostic. S'il n'y avait pas eu de pneumothorax, c'est qu'il y avait pleurésie et que partout la plèvre était cloisonnée. Aussi, avait-on porté le diagnostic d'ouverture d'une loge pleurale, fait qui fut d'ailleurs vérifié à l'autopsie.

28 octobre. Il y a toujours un écoulement de sang par les plaies thoraciques. — Pas d'hémoptysie, l'emphysème existe jusque dans l'espace interdigital du pouce et de l'index.

31 octobre. Le sang a cessé de couler. — Augmentation de l'emphysème : occlusion des paupières. — Rien de nouveau à l'auscultation.

2 Novembre. L'emphysème a un peu diminué : le malade peut ouvrir les yeux.

La situation n'a pas changé jusqu'au 8 novembre. Le malade est mort ce jour-là, à 2 h. de l'après-midi, sans asphyxie marquée.

AUTOPSIE, pratiquée le 9 novembre à 5 h. du soir. — En décollant les parties molles qui recouvrent la cage thoracique, on trouve une infiltration purulente partant des plaies et qui s'étend sous le grand pectoral du côté gauche, s'arrêtant à la partie inférieure du creux sous-claviculaire, limitée en dehors par la ligne axillaire.

Une portion du plastron thoracique, celle qui correspond aux plaies faites par l'instrument tranchant, est conservée afin de laisser mieux voir les rapports entre ces solutions de continuité et les lésions sous-jacentes. En examinant les incisions, on en trouve deux pénétrantes et une qui n'a fait qu'entamer légèrement un cartilage costal, celui de la 4^e côte. Les deux autres plaies existent, l'une dans le 4^e espace intercostal, la seconde dans le 5^e et cette dernière est la plus rapprochée du cœur, puisqu'elle est située à 1 centimètre à peine du péricarde, au niveau du cul-de-sac antérieur de la plèvre. Ces deux plaies mènent dans un espace environné de toutes parts par de fausses membranes épaisses qui en font une cavité parfaitement close, et ouverte seulement en avant. Le reste de la plèvre est cloisonné de la même façon ; en un mot, il existe une pleurésie aréolaire totale à gauche comme à droite, en avant comme en arrière, en haut et en bas.

Le poumon n'est pas lésé, car si on l'ouvre par derrière, on arrive sur la plèvre épaissie qui limite la cavité dont nous avons parlé. On y trouve quelques petites cavernules disséminées, des tubercules crétacés, de la dilatation bronchique et de la sclérose pulmonaire. Il est probable qu'au microscope, on rencontrerait des granulations tuberculeuses. Bref, on a affaire à une pneumonie chronique tuberculeuse.

Rien dans le cerveau, ni dans le péritoine. Pas d'ulcération tuberculeuse de l'intestin. — Foie et reins gras. — Rien au cœur, pas d'épanchement intra-péricardique.

6. Sarcôme fuso-cellulaire de la région temporale étendu consécutivement à toute la partie droite de la face ; par René LE CLERC, interne des hôpitaux.

Le nommé X... entre le 4 juillet 1880, dans le service de M. PÉRIER, salle Saint-Christophe, n° 44.

Cet homme raconte qu'il a toujours eu une santé débile. A part un séjour au lit de 3 mois vers l'âge de 17 ans (pour un abcès) ? il n'a jamais eu de maladies sérieuses qui l'aient forcé de s'aliter. Il est sujet à des douleurs rhumatismales, passagères, et contre elles il aurait pris, il y a 20 ans, de l'arséniate de soude. En ajoutant des névralgies occipitales, on aura tout le bilan pathologique antérieur du malade. Du côté des parents, on note que la mère est morte jeune après quatre grossesses, et que le père a succombé vers 78 ans à un carcinôme de l'estomac. Pour lui, il a eu 8 enfants, dont 1 mort à 8 ans, les autres vivent et jouissent d'une bonne santé. Au mois de mai 1879, le malade tomba sur le coin d'une table en bois, c'est la région temporale qui supporta le choc (ecchymose consécutive); 15 jours après, commença à se développer une petite tumeur; dont on n'avait pas soupçonné l'existence antérieure. Cette production morbide grossit très vite, si bien que, quatre mois après le début, elle avait le volume d'une tête de fœtus à terme. Aucun phénomène bien saillant du côté de la tumeur, si ce n'est des douleurs névralgiques passagères à ce niveau. Le traitement suivi par le malade a été le suivant, et ici nous transcrivons une note laissée par le malade au moment de sa mort : Pendant le mois de juillet 1879, j'ai pris 2 grammes d'iodure de potassium, au mois d'août des pilules de mercure, en septembre et octobre j'ai repris le traitement ioduré intus et extra; c'est au mois de novembre qu'il vit le professeur Verneuil pour la première fois. Celui-ci lui prescrivit des onctions d'onguent napolitain sur la tumeur et même pratiqua une ponction qui donna issue à un peu de matière jaunâtre et à quelques gouttes de sang.

État actuel. Le malade, qui est très maigre et ne mange plus, présente une tumeur occupant la face temporale droite, s'étendant à la région parotidienne. Du côté interne, elle a poussé des prolongements du côté de la fosse zygomatique et même a gagné la fosse nasale droite. Il y a refoulement en avant de tout le globe de l'œil avec chémosis considérable; toutefois, la vision n'est pas abolie. La partie appréciable de la tumeur a le volume d'une grosse tête de fœtus à terme. A ce niveau, la peau est amincie et d'une couleur rouge vineuse. Si l'on palpe cette production morbide, on y trouve alternativement des points durs et des parties plus molles, mais qui ne donnent pas la sensation de cavités kystiques.

Névralgies dans le côté droit de la face.

20 septembre. La tumeur a pris une extension rapide vers les régions non encore atteintes; elle occupe mainte-

nant les deux tiers supérieurs de la région massétérine et se prolonge vers la cavité buccale. Difficulté extrême pour ouvrir la bouche.

Les paupières ont à peu près disparu et le globe de l'œil, réduit à un moignon inutile, proémine en avant du plan de la face, reposant sur une masse de tissu morbide. Le sinus maxillaire est envahi par le sarcome et forme une saillie énorme au-dessous de l'œil. Depuis ce jour, le malade n'a fait que décliner, ne mangeant plus, privé de sommeil et s'est éteint sans effort et sans avoir présenté le moindre phénomène de compression cérébrale.

AUTOPSIE. — Pour enlever la tumeur complètement, il est nécessaire de scier la calotte crânienne, car le néoplasme a détruit les os à ce niveau et pénétré dans le crâne. Il existe une perte de substance portant sur le temporal, une légère partie du pariétal et du frontal. Cette perte de substance est limitée par un bord crénelé, anfractueux, présentant les lésions macroscopiques de l'ostéite raréfiante. Le produit morbide a détruit la dure-mère, a soulevé l'hémisphère droit de l'encéphale, de façon que les circonvolutions frontales inférieures ont été relevées et sont devenues externes. La voûte de l'orbite ainsi que son plancher n'existent plus. Absence à peu près complète du maxillaire supérieur et des deux tiers supérieurs du maxillaire inférieur du côté droit. La tumeur pèse 1880 grammes.

En la coupant, on trouve des parties dures avec des points extrêmement mous, gélatiniformes faisant penser *a priori* à une dégénérescence colloïde du tissu morbide. Pas de dégénérescences ni cartilagineuse, ni calcaire. Pas d'hémorragies interstitielles bien notables à mentionner.

Le cerveau est sain. — Dans les poumons, broncho-pneumonie à noyaux disséminés peu abondants. — Cœur normal. Pas d'athérome. — Foie un peu gras. — Reins sans lésions appréciables.

L'examen histologique de la tumeur a été fait par notre excellent collègue et ami Brault. La structure est en tout point identique à elle-même, aussi bien dans les parties dures que dans les parties molles. C'est du sarcome à grandes cellules fusiformes avec plus ou moins de substance amorphe intermédiaire. Quant aux lésions osseuses, ce n'est que de l'ostéite raréfiante pure. Nous n'avons pas besoin de relever en détail les points intéressants de cette observation. On peut y constater l'influence manifeste du traumatisme sur le développement du néoplasme chez un

homme intelligent, et qui a su s'observer dès le début avec une sollicitude constante.

Il n'est pas moins curieux de voir ce sarcome rongé tout sur son passage, faisant siennes les parties molles comme les parties dures, prenant même droit de cité dans la boîte crânienne, mais avec des ménagements qui, du côté du cerveau, ont permis la tolérance jusqu'à la mort.

7. Kyste dermoïde de l'ovaire. — Ataxie locomotrice ;
par VARIOT, interne des hôpitaux.

La tumeur provient d'une malade âgée de 50 ans, du service de M. DAMASCHINO. Elle a succombé à des accidents de péritonite généralisée consécutifs à une cystite très intense dont elle était atteinte depuis plus d'un an.

A l'autopsie, outre les lésions de la péritonite plus accentuées dans le petit bassin, et celles de la cystite qui ne présentaient rien de spécial, on trouva sur le côté gauche de la vessie une masse du volume du poing qui laissa s'échapper, lorsqu'on l'ouvrit, une quantité considérable d'un mastic grisâtre mêlé de cheveux. Cette tumeur s'était développée au dépend ou au voisinage de l'ovaire gauche, dont on ne retrouvait pas de traces. La trompe du même côté était ratacinée et soudée à la vessie.

Nous avons vidé la poche de son contenu et nous avons constaté que les dernières parties de la masse grisâtre, molle, coiffaient un petit mamelon, en forme de champignon pédiculé, adhérent par un mince pédicule au ligament large.

La surface de ce mamelon offrait l'apparence de la peau, et était recouverte d'un certain nombre de cheveux assez longs.

L'examen microscopique de la bouillie contenue dans le kyste du mamelon cutané, et d'un petit corps ossiforme que le couteau a rencontré dans le pédicule, a révélé les particularités suivantes :

La bouillie grisâtre, très fétide, de la consistance du mastic, est en grande partie soluble dans l'éther; elle renferme donc de la graisse en notable proportion. Après lavage à l'éther, il reste de petits détritiques qui, examinés au microscope, sont constitués par des cellules plates très transparentes.

Une coupe mince du mamelon cutané permet de voir qu'il présente non seulement l'aspect extérieur de la peau, mais encore sa structure intime. Les papilles sont très allongées; elles sont recouvertes d'une ou deux rangées de

cellules représentant le corps muqueux; puis, brusquement, à ces cellules polyédriques succèdent des cellules plates cornées qui se continuent avec celles qui remplissaient l'intérieur du kyste. Entre les papilles existent des dépressions plus ou moins profondes; quelques-unes sont de véritables lacunes, en partie remplies par de la substance cornée qui entoure l'émergence d'un poil. Chaque poil est muni d'une ou plusieurs glandes sébacées avec de très beaux acini. Le corps papillaire, le derme offrent leur structure habituelle.

Le derme, en particulier, présente des fibres élastiques assez abondantes et des faisceaux de fibres lisses très apparents.

Immédiatement au-dessous du derme, on observe une couche continue de glandes sudoripares plongées dans du tissu adipeux. Ce tissu adipeux, pour le dire de suite, occupe tout l'intérieur du mamelon jusqu'au pédicule. Les glandes sudoripares sont réparties dans cette peau avec une profusion dont il est difficile de trouver des analogues, même dans la peau de la face palmaire des doigts ou des orteils. Elles forment une couche à peu près continue, et leur volume est, pour la plupart, supérieur à celles qu'on rencontre aux mains, ainsi que nous nous en sommes assuré. A part leur volume, ces glandes se rapprochent par leur structure de celles des parties que nous venons de signaler. Dans le pédicule, nous n'avons trouvé que du tissu cellulaire et de gros vaisseaux et le petit corps ossiforme dont nous avons parlé. Ce petit corps, très dur, avait d'abord été pris pour une dent. Examiné sur des coupes après décalcification, il a présenté la structure du tissu osseux compact, avec canaux et systèmes de Havers, etc.

La paroi du kyste était formée de tissu fibreux très vasculaire. Comme origine de ce fragment de peau, au voisinage de l'ovaire, il nous paraît très vraisemblable d'admettre avec un certain nombre d'embryologistes modernes, une involution, un pincement ectodermique et mésodermique à la fois, au voisinage de l'éminence génitale, à une période embryonnaire peu avancée. Ce fragment ectodermique s'est développé avec l'individu, a fonctionné, a sécrété, et l'enveloppe kystique extérieure s'est formée secondairement autour des produits de sécrétion.

La moelle de cette femme a été examinée par M. Damascino; elle présentait à la région lombaire une lésion très nette de la zone radiculaire postérieure et de la portion adjacente du cordon postérieur; à la région dorsale, une lésion ascendante des cordons de Goll.

8. ELECTIONS. — Sont nommés; M. H. C. DE BOYER, membre titulaire;

MM. LABAT, MERKLEN, STACKLER et TALAMON, membres adjoints;

M. CEPPI, membre correspondant.

Séance du 10 décembre 1880.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

9. Lésion mitrale par adhérence complète des valvules, réunies en forme d'entonnoir; par Ernest GAUCHER, interne des hôpitaux.

X..., garçon marchand de vins, âgé de 41 ans, n'a jamais eu de rhumatisme, mais il est atteint de maladie du cœur, depuis 10 ans.

Il entre le 14 novembre 1880, en pleine attaque d'asystolie, à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Landry n° 3; service de M. le professeur BOUCHARD. Les battements du cœur sont très irréguliers; on entend un souffle au 1^{er} temps, à la pointe, et un dédoublement du second bruit. Les urines sont très albumineuses.

Le malade meurt dans le subdélirium et dans un demi-coma, le 29 novembre 1880.

AUTOPSIE. — Cœur énorme; les valves de la valvule mitrale sont complètement soudées et forment une espèce de cône renversé, ouvert inférieurement par une boutonnière toujours béante (Insuffisance mitrale avec rétrécissement).

Congestion pulmonaire. Congestion des reins, surtout marquée dans la substance médullaire.

10. Leucocythémie aiguë; par Ernest GAUCHER, interne des hôpitaux.

S..., âgé de 38 ans, maçon, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Landry, lit n° 15, service de M. le professeur BOUCHARD, le 21 octobre 1880.

Cet homme nie tout antécédent pathologique, mais on

lui trouve, à la base du thorax et sur les bras, des cicatrices d'origine manifestement syphilitiques, malgré ses dénégations réitérées.

Au moment de son entrée, il présente les symptômes ordinaires d'une grippe : il est oppressé, il tousse; il se plaint d'un point douloureux à la partie inférieure de la poitrine, du côté gauche; sa langue est chargée, il est constipé, il a perdu l'appétit et il éprouve de temps en temps des frissonnements irréguliers. L'examen physique de la poitrine découvre, à la base du poumon gauche, l'existence de bruits morbides, ressemblant à des râles bullaires et qui ne sont autre chose que des gros frottements pleuraux, ainsi qu'on le verra par la suite. A ce niveau, il y a peu de matité, pas de souffle. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre. Le fonctionnement du cœur semble normal.

S'il faut en croire cet individu, il serait malade depuis trois semaines et surtout depuis trois jours. La fièvre ne le quitte pas et sa température rectale oscille entre 38°,3 et 39°,2.

Le même état se maintient jusqu'au 27 octobre; mais, peu à peu, les gros frottements, qui étaient d'abord localisés à la base du poumon gauche, s'étendent à toute la hauteur du même côté de la poitrine et en arrière. L'abattement est de plus en plus profond.

27 octobre. En découvrant le malade, on remarque, sur les côtés du thorax et sur les hanches, une éruption confluyente de fines taches purpuriques, qui ne fait qu'augmenter les jours suivants.

29 octobre. Première épistaxis; en même temps, le malade se plaint de souffrir de ses gencives, qui sont tuméfiées et saignantes.

Ces trois symptômes importants : *purpura*, *épistaxis* et *stomatite*, mettent sur la voie du diagnostic. En explorant les diverses régions, on trouve des *hypertrophies ganglionnaires* volumineuses, dans les aines, dans les aisselles, sur les côtés du cou et au niveau des épitrochlées. La rate est très grosse et descend au-dessous de l'ombilic; le foie ne paraît pas augmenté de volume.

La numération globulaire du sang montre qu'il y a six globules blancs pour cent globules rouges. La plupart des leucocytes sont volumineux et appartiennent à la variété qui, d'après les auteurs, caractériserait la leucocythémie splénique.

C'est alors qu'on porte le diagnostic de leucocythémie et je dis *leucocythémie aiguë*, à cause de la fièvre initiale,

de la température élevée dès le début, et de la marche rapide de la maladie.

30 octobre. Epistaxis.

3 novembre. Epistaxis très abondante; dyspnée. Constipation opiniâtre et météorisme. Un peu d'œdème périmaléolaire. — Les gencives sont ulcérées; toute la muqueuse buccale est très douloureuse et saignante. — L'adynamie fait des progrès sensibles. — La température rectale dépasse toujours 39°.

4 novembre. La température atteint 40°. Les urines sont normales.

5 novembre. Légère hémorrhagie par la muqueuse buccale. La déglutition devient douloureuse.

9 novembre. Les taches de purpura commencent à pâlir et disparaissent peu à peu.

12 novembre. Les ganglions et la rate ont diminué de volume; mais l'expectoration est maintenant franchement purulente et sanglante.

13 novembre. On constate la présence d'un épanchement pleurétique gauche (souffle et matité). L'examen du sang donne les mêmes résultats que la première fois : 6/100 de globules blancs; mais les leucocytes sont actuellement à peu près par moitié petits et gros, de la variété dite ganglionnaire et de la variété dite splénique.

15 novembre. La constipation fait place à la *diarrhée*, qui devient de plus en plus abondante. Les autres symptômes persistent. La prostration augmente et l'amaigrissement est de plus en plus considérable.

23 novembre. La numération globulaire donne pour résultats : 2.800.000 hématies, 5/100 de leucocytes, pour la plupart petits. La température s'abaisse et se maintient désormais entre 37° et 38°.

27 novembre. La langue est exulcérée sur les bords, sèche, rouge et fendillée.

28 novembre. Commencement d'eschare au sacrum. L'affaiblissement et la maigreur font des progrès rapides.

3 décembre. La température tombe à 36°; le malade est dans un demi-coma.

Le malade succombe le 5 décembre.

AUTOPSIE, le 7 décembre 1880. — Il y a environ un litre d'épanchement citrin, dans la plèvre gauche, des adhérences pleurales et des néo-membranes épaisses. Le poumon gauche est ratatiné et carnifié, avec quelques tubercules crétacés au sommet. Le poumon droit est sain. Sur les deux poumons, les réseaux lymphatiques se dessinent très nettement en petites trainées blanchâtres.

Le cœur est sain, mais il y a de la péricardite ancienne et un commencement de symphyse cardiaque.

Le foie est de volume normal; il y a des traces de périhépatite sur le lobe gauche. La rate est volumineuse et sclérosée dans sa totalité.

Il n'y a d'infarctus, de globules blancs ni de dépôts dits lymphoïdes dans aucun organe, ni dans le foie, ni dans la rate, ni dans les reins. Les plaques de Peyer ne sont pas hypertrophiées. La muqueuse intestinale et les autres organes sont sains, à l'exception des ganglions lymphatiques.

Il y a, en effet, une hypertrophie considérables des ganglions du hile du foie, du hile de la rate et du mésentère. Ces ganglions sont durs; aucun n'est caséeux. Les ganglions du médiastin sont les plus malades. Indépendamment de l'hypertrophie générale de ces ganglions, on trouve en avant du péricarde une masse blanchâtre, grosse comme une orange, d'aspect sarco-fibreux, et qui, d'après l'examen microscopique, présente la structure des ganglions lymphatiques. En arrière du cœur, au niveau de la bifurcation de la trachée et de la racine des bronches, il y a une autre masse ganglionnaire d'un gris rougeâtre.

11. M. VARIOT présente une *gangrène du poumon* qui n'avait point donné lieu à une expectoration fétide.

12. Sur deux cas d'Éxostose sous-unguéale du gros orteil;
par VARIOT, interne des hôpitaux.

L'une de ces exostoses provient du service de M. le professeur GOSSELIN et a été opérée en 1879, à sa clinique.

Elle ne présentait rien de spécial à noter dans son évolution clinique; la jeune fille sur laquelle elle a été enlevée était âgée de 19 ans.

On voit très nettement sur une coupe mince, que cette exostose est constituée par trois couches; une extérieure sous-unguéale, fibreuse; une sous-jacente très transparente, cartilagineuse et de même épaisseur, à peu près que la précédente; enfin une troisième, osseuse, formée de tissu spongieux.

Je ne m'étends pas sur la structure de ces trois couches; il me suffira de dire que la couche cartilagineuse ne présente pas de vaisseaux, que sa partie superficielle, en rapport avec le tissu fibreux, présente les caractères du cartilage fœtal, que sa partie profonde, en rapport avec l'os, est granuleuse et que les chondroplastiques qui entrent dans sa constitution sont très agrandis. En certains points même,

ces grandes capsules sont agencées en série, superposées comme dans une épiphyse.

La seconde exostose provient du service de M. DE S^t GERMAIN et m'a été remise par mon ami M. Routier. Elle appartenait à une enfant de 8 ans environ. La tumeur était en quelque sorte indépendante de la phalange; le pédicule, large du reste, n'était pas même calcifié et le bistouri ne rencontra pas la substance osseuse.

Sur une coupe, au-dessous de l'ongle et du derme sous-unguéal épaissi, on peut voir un noyau de cartilage à bords sinueux. Ce noyau de cartilage, du volume d'un gros pois, est circonscrit par du tissu conjonctif. Il est facile de s'assurer que ce cartilage a le type foetal, et, de plus, est traversé par des vaisseaux assez nombreux. Il n'y a pas encore un seul point ossifié ou en voie d'ossification. Ces deux faits viennent à l'encontre de certaines théories trop exclusives, qui ont contesté que l'ossification dans l'exostose sous-unguéale du gros orteil, pouvait passer par la période cartilagineuse.

Dans l'exostose de la jeune fille du service de M. Gosselin, en particulier, on observe une véritable rivulation du cartilage, comme dans l'ossification d'une épiphyse ou d'une exostose de développement; et, cependant, l'épiphyse de la phalange est assez éloignée et tout au voisinage de l'articulation.

Sans nier, dans certains cas d'exostose sous-unguéale, l'ossification aux dépens du tissu fibreux comme pour les productions osseuses périostiques, il ne paraît pas contestable que cette ossification puisse se faire aussi aux dépens du cartilage.

M. MALASSEZ fait remarquer que, suivant les points, sur les mêmes pièces on peut observer un développement aux dépens du tissu fibreux et aux dépens du tissu cartilagineux; sur certains points, on trouve de l'os, sur d'autres, du cartilage calcifié, et, sur d'autres, du tissu ostéoïde avec des cavités anfractueuses, remplaçant les fins canalicules anastomosés de l'os vrai.

13. M. DAMALIX montre un cancer du poumon qui avait détruit une côte; l'autre poumon présentait des nodules cancéreux et on en retrouvait encore dans le rein gauche.

14. M. ROUTIER présente une hypertrophie de la prostate avec lobe moyen considérable, au travers duquel on a fait une fausse route. Le malade est mort rapidement, et on a trouvé à l'autopsie une congestion intense des deux reins.

15. Sur l'Aïnhum ; par M. de D^r François Guyot, médecin de 1^{re} classe de la marine.

Avant de décrire la pièce que je présente à la Société anatomique, je pense indispensable de donner un aperçu succinct de l'affection nommée *Aïnhum* (prononcez-ain-houm), par les noirs africains nagos, et *faddititi* par les Malgaches.

Cette maladie est encore peu étudiée (1).

Géographie. — D'après les médecins brésiliens (Da Silva Lima, 1867. Moncorvo de Figueiredo, 1875), l'*aïnhum* serait spécial aux nègres d'Afrique.

Actuellement, cette manière de voir ne saurait plus être soutenue. Dès 1867, le D^r Collas observait quelques cas d'*aïnhum*, à Pondichéry, sur des Hindous du rameau Tamoul ; en 1878, mon collègue, le D^r Corre, traitait à l'hôpital de Nossi-Bé un homme de 34 ans, métis de race malgache et de race cafre, dont le petit orteil droit était atteint de cette affection ; moi-même, en février 1879, alors médecin major de l'île des Pins, j'en vis un cas type (V. Observ.) sur un enfant néo-calédonien, âgé de 2 ans ; et, l'année suivante (février 1880), chargé à Nouméa du service de l'im-

(1) Consultez : Da Silva-Lima. — *Etude sur l'aïnhum*, traduite du portugais par Le Roy de Méricourt dans *Arch. de méd. nav.*, 1867, 2^e semestre.

Collas. — *Note sur la maladie décrite sous le nom d'aïnhum observée chez les Hindoux* in *Arch. de méd. nav.*, 1867, 2^e semestre.

Moncorvo de Figueiredo (de Rio-Janeiro). — *De l'aïnhum* in *Arch. de méd. nav.*, 1876, 2^e semestre, traduit du portugais par Bourel-Roncière.

Bourel-Roncière. — *Un cas remarquable d'aïnhum observé par le D^r Corri (de Buenos-Ayres)* in *Arch. de méd. nav.*, 1877, 2^e semestre, p. 71.

Pereira-Guimaraes. — *De l'aïnhum* in *Arch. méd. nav.*, 2^e semestre, p. 147.

Corre. — *Une observation d'aïnhum à Nossi-Bé* in *Arch. de méd. nav.*, 1879, 1^{er} semestre.

F. Guyot. — *À propos de l'aïnhum*. Obs. recueillie à l'île des Pins (Nouvelle-Calédonie), in *Arch. de méd. nav.*, 1879, 2^e semestre.

D^r Moncorvo. — *Réponse à l'article du D^r Corre, intitulé : une observation d'aïnhum à Nossi-Bé* in *Arch. de méd. nav.*, juin 1879.

F. Guyot. — *À propos de l'aïnhum : nouvelles observations* in *Arch. de méd. nav.*, septembre 1880.

Corre. — *Correspondance* (*Arch. de méd. nav.*, octobre 1880).

D^r Maurice-Nielly. — *Éléments de pathologie exotique*, Paris, 1881. A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

migration, je pus recueillir trois nouvelles observations, dont deux fort intéressantes, sur des insulaires des Gilbert et de Panaupa (Même race que celle des indigènes de Taïti.).

Siège.— Jusqu'en 1875, l'ainhum passait pour siéger exclusivement au 5^e orteil. En 1876, Pereira-Guimaraes le vit au 4^e orteil.

Puis, en 1879 et en 1880, j'ai, le premier, signalé plusieurs cas d'ainhum multiple, existant simultanément aux mains et aux pieds, et, à différentes périodes de son évolution, sur le même individu.

Symptômes et marche.— Le principal symptôme de l'ainhum consiste en un sillon annulaire, situé en un point quelconque des doigts ou des orteils; la première impression est que l'organe a subi en cet endroit une constriction circulaire par une bague ou un lien. La dépression est en général plus marquée à la région palmaire ou plantaire et sur les côtés de l'organe.

Ce sillon est plus ou moins profond, selon l'âge de la maladie. A ce moment donné, l'extrémité digitale n'est plus reliée au reste du doigt que par un pédicule, de longueur variable et de plus en plus grêle. Bientôt, ce pédicule lui-même se coupe et il reste sur le moignon une cicatrice, d'ordinaire fort peu apparente.

Les surfaces qui limitent le sillon sont le plus souvent intactes; quelquefois, mais seulement à la phase ultime de l'évolution morbide, il se fait au niveau de la base du pédicule un léger suintement séreux. Quand il existe, la légère fissure qui lui donne naissance est due, selon moi, à la série de chocs auxquels est fatalement exposé le doigt ou l'orteil malade.

Parfois, mais moins fréquemment qu'on pourrait le penser, le segment au-dessus duquel siège l'étranglement se déforme et devient plus volumineux qu'à l'état normal. Quelquefois, dès le début, même avant l'apparition du sillon, on constate (V. Observat.) un gonflement appréciable de l'extrémité menacée qui devient massiforme.

Dans certains cas, les tissus de cette extrémité semblent parfaitement indemnes; dans d'autres, ils paraissent avoir subi un notable degré d'atrophie ou de dégénérescence. Dans cette dernière circonstance, ils offrent une consistance adipeuse, mais toujours il persiste un noyau dur central. Il peut encore arriver que les racines des doigts ou orteils se soudent dans une étendue variable. Les parties soudées, sans doute dès la vie fœtale, peuvent présenter à leur extrémité des cicatrices presque insensibles (V. les observat.),

ou être surmontées par de petites masses tubéreuses, rudiments des phalanges atrophiées, plus ou moins étranglées à leur base. Ces tubercules, dont l'enveloppe cutanée est moins pigmentée que la peau voisine, ont une consistance adipeuse et renferment, dans leur épaisseur, un ou deux noyaux osseux, faciles à constater par la palpation.

Pendant l'évolution du processus, quelle qu'en soit la forme, il n'y a aucune trace d'inflammation locale, aucun symptôme général. L'extrémité menacée d'élimination a, le plus ordinairement, sa coloration normale et conserve de la sensibilité. Il n'existe pas d'autre douleur que celle qui résulte des chocs éventuels qui peuvent ébranler le pédicule au niveau de son insertion; pas d'autre gêne que celle qui résulte du segment étranglé.

Durée. — Impossible de rien préciser à cet égard. D'une part, des amputations d'orteils et de doigts sont complètes ou débutent dès le sein de la mère; d'autre part, le sillon peut n'apparaître que chez l'adulte et plusieurs années sont nécessaires pour déterminer la chute de l'extrémité malade.

Anatomie et physiologie pathologiques. — Je ne revien-drai pas sur les lésions décrites au paragraphe symptômes. D'après Wucherer (V. Obs. de Da Silva Lima ou Nielly, p. 307), la maladie des tissus de l'orteil, examinée au microscope, est une atrophie et une dégénérescence graisseuse par défaut de nutrition. Car « le volume occupé par le tissu adipeux sous-cutané se trouve très augmenté aux dépens des tendons, des os et autres tissus; on y rencontre à peine des traces de tissu conjonctif, principalement à l'entour des vaisseaux sanguins. » Wucherer a trouvé le cartilage articulaire de la deuxième et de la troisième phalange aminci; il a constaté dans la substance hyaline qui sépare les chondroplastes de nombreux noyaux adipeux. Les cavités de la substance spongieuse des os sont agrandies et pleines de gros lobules graisseux de couleur jaune; les os sont comme cariés; cependant, il n'y aurait pas ici de véritable carie, car on ne trouve pas de trace de pus.

Moncorvo de Figueiredo a retiré de « l'examen anatomopathologique et microscopique du doigt amputé un résultat analogue à celui du Dr Wucherer ». Pour lui et pour le Dr Corre (de Buenos-Ayres), l'aïnhum serait une sclérose linéaire envahissant l'orteil et faisant disparaître par compression la circulation digitale. Un traumatisme, dû à la marche pieds nus, serait la condition préalable de ce travail de prolifération conjonctive.

Cette origine traumatique de la sclérose annulaire ne

saurait plus être soutenu. Mes observations le prouvent péremptoirement. Sur la coupe du cinquième orteil (1) dont il a débarrassé son malade, mon collègue de la marine, M. le D^r Corre a reconnu :

1^o L'existence de la phalangine et de la phalangette à un degré de développement qui semble normal ; 2^o L'existence de l'articulation de ces deux os entre eux ; 3^o A la région dorsale, une couche dermique bien dessinée, sur une épaisseur de 2 millimètres ; au delà, une couche adipeuse assez dense, qui se confond avec les fibres du tendon extenseur ; 4^o A la région plantaire, une couche dermique très mince, avec une couche adipeuse très épaisse, mais de moindre densité qu'à la région dorsale ; l'expansion tendineuse du long fléchisseur commun des orteils est demeuré reconnaissable ; 5^o Tout au niveau du pédicule, une masse fibreuse sans mélange de tissu adipeux. — Je n'ai pas pratiqué la coupe de l'extrémité de l'auriculaire que j'ai enlevé au petit néo-calédonien Simon. Je me suis contenté de décrire l'aspect extérieur de l'organe que j'ai conservé. Quant au pédicule, je puis affirmer qu'il était de nature fibreuse. Le D^r Corre, sans nier qu'il y ait développement anormal du tissu graisseux est peu porté à admettre « une régression graisseuse avec une persistance aussi remarquable du derme, des deuxième et des troisième phalanges et de leur articulation » chez son malade.

En observant l'état du cinquième orteil gauche massiforme, qui présente au niveau de sa base rétrécie une induration centrale très nettement perceptible « orteil en voie d'arriver au sort de son congénère du pied droit » ; le D^r Corre est porté à penser que « l'étranglement aurait son point de départ dans un travail néoplasique profond et tout à fait comparable à celui qui donne lieu aux rétractions digitales chez les lépreux. »

Dans les réflexions dont je faisais suivre ma première observation, je disais : « En quelques mots, pour moi, comme pour le D^r Corre, il se fait dans les couches profondes du derme, circulairement... un travail morbide aboutissant à la substitution d'un véritable tissu cicatriciel au tissu normal ; consécutivement, il y a résorption lente de ce tissu pathologique, par suite d'étranglement progressif déterminant en dernier lieu l'élimination des parties périphériques. »

(1) Voir dans l'Album la figure de la coupe de l'orteil atteint d'ainhum opéré par le D^r Corre, et qu'il a bien voulu me remettre.

Aujourd'hui, en rapprochant entre eux les divers cas que j'ai observés, aussi bien que ceux dont j'ai lu la description, je suis convaincu que l'évolution de l'ainhum (si l'on veut accepter ce mot comme nom générique d'une cause pathologique à processus spécial), est bien plus compliquée que je ne l'avais cru d'abord. Il y a des altérations profondes, souvent congénitales ou précoces, consistant parfois en un arrêt de développement, d'autrefois en une atrophie avec dégénérescence adipeuse des tissus qui sont menacés de destruction.

La constriction circulaire éliminatrice pathognomonique qui peut se produire en n'importe quel point des doigts ou des orteils, n'est qu'une manifestation particulière d'une même cause atrophiante. D'ailleurs, je continue à penser que la striction se produit selon le mode indiqué par le Dr Corre et par moi.

La pièce que j'ai remise à M. Suchard, répétiteur d'histologie au Collège de France, contribuera, je l'espère, à jeter quelque lumière sur la nature de l'ainhum.

M. Suchard a déjà examiné le sillon stricteur; je lui laisse le soin de faire connaître ultérieurement le résultat des recherches que je le remercie d'avoir bien voulu entreprendre.

Diagnostic. — Je ne m'arrêterai pas à faire ici un diagnostic différentiel. Le processus de la lèpre amputante ordinaire (sans parler de la présence habituelle d'autres symptômes) n'est pas celui de l'ainhum (V. plus haut), et, quant aux autres affections (éléphantiasis des Arabes, gangrène symétrique des extrémités, etc.) citées par le Dr Moncorvo, il est impossible de les confondre avec l'affection qui nous occupe. Je me bornerai donc à dire après cet observateur distingué : « quiconque a eu occasion d'observer un fait de cette nature, en sait assez pour reconnaître de suite ceux qu'il rencontrera plus tard. »

Pronostic. — Grave au point de vue local, en ce sens que les segments sous-jacents à l'étranglement sont condamnés à périr. Mais, il n'y a aucun retentissement sur l'état général du sujet.

Etiologie. — Les nègres africains attribuent la maladie à l'introduction d'un parasite. Jusqu'à présent, rien ne vient à l'appui de pareille opinion.

Moncorvo, puis Corré (de Buenos-Ayres) ont invoqué la marche pieds-nus comme origine de traumatismes d'où dériverait l'ainhum. Mais, Da Silva-Lima a constaté que des noirs toujours chaussés pouvaient être atteints de ce mal. En tous cas, la cause de l'ainhum de la main reste étrangère

à cette explication, qui s'applique bien moins encore aux lésions congénitales. Tout ce qu'on peut accorder à cette circonstance, c'est de hâter la chute de l'orteil par suite des chocs incessants auxquels il est soumis. Collas pense que cette maladie est la lèpre dactylienne; aussi ne s'est-il pas préoccupé de son étiologie.

Je dois dire qu'actuellement la cause proprement dite de l'affection est encore complètement inconnue. Quant à l'influence de l'âge, elle semble à peu près nulle. Les lésions peuvent être *congénitales*, ou apparaître à une époque plus ou moins éloignée de la naissance.

Quant au sexe, c'était par oui-dire que les médecins brésiliens admettaient que les femmes pouvaient être atteintes d'ainhum, et, en 1879, le D^r Brassac pouvait dire que cette affection « semble être le triste privilège de l'homme. » (V. *Arch. de méd. nav.*, T. XXXII, page 448). Depuis, mes observations ont prouvé que le sexe n'a pas d'influence spéciale; deux d'entre elles ont trait à des sujets du sexe féminin.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit plus haut des races. Je noterai seulement, avec le D^r Corre, que c'est surtout chez celles prédisposées à la lèpre que sévit l'ainhum.

J'ajouterai que tous les cas par moi relevés, se rapportent à des individus vivant par petits groupes. Îles Gilbert; — Panaupa : 140 habitants. Île des Pins : environ 800 indigènes. La consanguinité doit, à mon avis, jouer un certain rôle dans la précocité d'action et dans la multiplicité des localisations de la cause morbide.

Nature. — Aux médecins brésiliens revient, sans contestation, l'honneur d'avoir, les premiers, décrit le sillon caractéristique de l'ainhum. Mais, n'ayant observé le mal qu'au 5^e orteil et quelquefois au 4^e orteil, ils en firent une maladie locale, à siège presque invariable.

Les considérations qu'ils présentaient pour appuyer cette conclusion sont maintenant démontrées par les faits, sans valeur diagnostique. — Dès 1867, le D^r Collas rapporta cette affection à la lèpre dactylienne; mais il assigna au processus morbide une terminaison par gangrène, ce qui n'est pas.

Le D^r Corre (1878) se rattacha à l'opinion du D^r Collas sur la nature de l'ainhum, mais en repoussant « catégoriquement l'explication que donne ce distingué médecin relativement au processus qui amène la chute de l'orteil; il est bien démontré que, dans l'ainhum, il n'y a pas gangrène de l'orteil. » Moi-même, après ma 1^{re} observation, j'adoptai la manière de voir de cet éminent collègue.

Aujourd'hui, après mes nouvelles observations, tout en continuant à penser que la lèpre ordinaire et l'Aïnhum ont des affinités assez grandes et relèvent de troubles trophiques sans doute analogues, ayant leur origine probable dans les centres nerveux, je suis porté à admettre que les différences qui existent tant au point de vue de l'époque possible d'apparition (1) que du genre des lésions observées, suffisent pour justifier la séparation de ces deux affections.

En résumé, l'aïnhum n'est pas une maladie locale, c'est une affection à localisation variable (uniquement observée jusqu'à ce jour, aux doigts et aux orteils), dépendant d'un état constitutionnel, probablement d'une altération des centres nerveux trophiques qu'il reste à définir. Connaît-on d'ailleurs bien quelle est la nature intime de la lèpre?

Traitement. — A mon avis, le processus en question, ne saurait être arrêté, ni prévenu, par aucun moyen connu. Cependant, Da Silva Lima aurait obtenu la guérison d'un cas d'aïnhum au début, par des incisions perpendiculaires au sillon constricteur.

Plus tard, quand le pédicule s'est constitué, il ne reste qu'à débarrasser le malade de l'extrémité compromise, en sectionnant ce pédicule à l'aide des ciseaux. Le pansement est des plus simples, parfois même presque inutile.

Voici les observations que j'ai recueillies. La seconde, celle de Tekaninem, se rapporte à la pièce que j'ai prié M. Suchard de présenter à la Société anatomique.

OBSERVATION I. — Le 11 février 1879, passant, en compagnie du D^r Verjeus, médecin de la marine, à la mission catholique de Vao (île des Pins), je fus consulté au sujet d'un enfant indigène en bas âge. Pressé à ce moment, je remis à plus tard la légère opération qui était indiquée (voy. plus loin), décidé à revenir examiner attentivement ce petit canaque, que je revis, en effet, les 11 et 14 mai suivants (2).

Simon, âgé de 2 ans, paraît être d'une constitution vigoureuse. Il n'a eu et n'a sur le corps aucune tache, aucune éruption suspecte. Ses parents, encore jeunes et robustes, sains en apparence, sont cousins assez proches; ils n'ont

(1) Tous les sujets de mes observations portaient des lésions développées *in utero*. Or « jamais la lèpre n'est congénitale. Elle n'apparaît que rarement avant l'âge de cinq ans. » (*Arch. de méd. nav.* t. XXXI, p. 433. D^r Mahé).

(2) Le 14 mai, je vis une femme canaque, Laura, d'une vingtaine d'années, mère de deux enfants, atteinte d'un goitre très-développé. Ce cas serait, au dire des missionnaires, le seul existant dans la tribu de l'île des Pins, qui compte encore 800 indigènes.

jamais présenté le moindre symptôme de syphilis. Ils ont eu, jusqu'à ce jour, six enfants. Des cinq bien conformés, il ne reste qu'un gargon (Fulgence), le quatrième de la série, qui se porte actuellement bien, mais est sujet, m'a-t-on dit, à de fréquentes bronchites. Le sixième est celui qui fait l'objet de cette note. Il présentait à la naissance, outre l'altération de l'auriculaire droit, qui constitue le point le plus intéressant de l'observation (V. ci-dessous), une amputation spontanée des extrémités du médius, de l'annulaire et du troisième orteil droits, auxquels il manquait une phalange.

Les moignons portent aujourd'hui des cicatrices à peine constatables, non adhérentes aux os. Celle du médius est linéaire, celle de l'annulaire, rayonnée, celle du troisième orteil, non apparente. Dans le tronc de l'annulaire, la deuxième phalange est manifestement atrophiée. L'extrémité inférieure de la phalangine du médius est légèrement déformée, un peu conique. Quant au troisième orteil tronqué, il offre, à la face dorsale de la deuxième phalange, une masse arrondie, molle, de consistance adipeuse, faisant au-dessus de la racine de l'orteil, une saillie prononcée. Au niveau de l'articulation de la première avec la deuxième phalange, s'observe un rétrécissement relatif avec induration.

Je suis, en outre, frappé de l'aspect tout particulier du deuxième orteil droit. Il est complet; mais, exactement au niveau de l'interstice articulaire de la première avec la deuxième phalange, existe un sillon linéaire très marqué, ayant, en certains endroits (latéralement surtout), une profondeur d'un demi-millimètre. Ce sillon, dont la peau, comme tassée, n'est pas insensible, a une consistance fibreuse, et ressemble absolument à celui qu'aurait pu déterminer une forte constriction exercée par un lien, un gros fil à ligature, par exemple. La peau, régulièrement déprimée, commence à pénétrer entre les surfaces articulaires.

L'extrémité de l'orteil est le siège d'un gonflement à peine appréciable. Au-dessus de la ligne d'étranglement, il n'y a rien d'anormal. Les autres doigts du pied sont plus ou moins massiformes, mais ne donnent lieu à aucune remarque spéciale.

Y a-t-il intérêt à noter que les faces unguéales des cinquièmes orteils droit et gauche regardent en dehors? Mais, ce qui avait attiré tout d'abord mon attention, est, je l'ai dit, l'altération dont l'auriculaire droit est le siège. Dès la naissance, existait vers la base de la phalange, un étranglement circulaire déjà très profond.

Aujourd'hui, par suite d'un travail morbide progressif, l'extrémité unguéale est presque détachée du doigt. Il ne reste de cette partie qu'une masse régulièrement ovoïde, de la forme et de la grosseur d'une petite olive, à grand diamètre vertical, molle superficiellement, mais donnant, à la pression, la sensation manifeste d'un tubercule osseux central.

Ce lobule, dont l'enveloppe cutanée est absolument normale, est sensible, comme je puis m'en assurer en le piquant (avec des précautions convenables) pendant le sommeil de l'enfant, qui retire sa main par un mouvement réflexe, et se réveille à la troisième piqûre. J'avais constaté, au préalable, que les chocs étaient douloureux ; mais, dans ce cas, la douleur siégeait évidemment à l'insertion du pédicule. Le bout du doigt, fort mobile, est, en effet, relié à la racine par un pédicule ayant assez approximativement la forme d'un prisme à trois pans, d'une épaisseur inférieure à 2 millimètres, d'une longueur d'environ 3 millimètres ; il est entouré, à son extrémité supérieure, d'un sillon à peine visible dans lequel suinte une très petite quantité de sérosité citrine promptement coagulable. Un fragment difforme d'angle recouvre le pédicule, à la base duquel il s'insère, et dont l'axe est beaucoup plus rapproché de la face dorsale que de la face palmaire.

Le 14 mai, je sectionne d'un coup de ciseau ce pédicule manifestement formé d'une substance fibreuse. Une hémorrhagie capillaire insignifiante suit la section, qui est assez douloureuse pour réveiller l'enfant, mais ne le fait pas crier. J'ai cru bon de conserver intacte la pièce anatomique.

OBSERVATION II. — Tekaninem, enfant du sexe féminin, environ six semaines, morte le 6 février 1880 à l'infirmerie de l'Orphelinat. Cette enfant était née à Maiana (îles Gilbert). Sa mère, âgée d'une vingtaine d'années, est robuste et paraît saine. Je n'ai pas vu le père et n'ai pu obtenir aucun renseignement précis à son sujet ; cependant, on m'a dit qu'il était bien conformé. La petite fille Tekaninem avait un aspect chétif. Sa mère n'en prenait, du reste, aucun soin. Elle était atteinte de diarrhée et d'ophthalmie purulente ; elle présentait en outre, sur la joue droite, des croûtes plus ou moins humides. L'orifice ombilical n'était pas fermé ; la place de la cicatrice était occupée par une plaie arrondie, du diamètre d'une pièce de 2 francs.

Voici maintenant les lésions intéressantes que je remarquai en donnant mes soins à l'enfant. — *Main droite.* Absence de la troisième phalange de l'auriculaire. Cicatrice rayonnée presque effacée. — *Main gauche.* Ce qui frappe,

à première vue, c'est l'adhérence qui existe au niveau des articulations des phalanges avec les phalangettes, entre l'index et le médius. Cette adhérence est établie par un cordon cutané de plus de 1 millimètre de diamètre sur deux millimètres de long. L'extrémité unguéale du médius et surtout de l'index, est manifestement atrophiée. Le pouce, qui, vu par la face dorsale, paraît normal, présente, à sa face palmaire et latéralement, un sillon très profond absolument analogue à la trace d'un lien fortement serré. Ce sillon, qui, à la face palmaire du doigt, correspond à l'interstice articulaire de la première et de la deuxième phalange, se dirige en bas et en arrière, de telle façon qu'il rejoint les bords de l'ongle vers le milieu de la partie apparente de cet appendice normalement développé.

Pied droit. La troisième phalange, et sans doute aussi une partie de la deuxième phalange du deuxième orteil, la phalange unguéale du gros orteil manquent. Les moignons de ces deux orteils forment un tronçon commun. — *Pied gauche.* Rien à noter, si ce n'est le pli cutané correspondant à l'articulation de la deuxième avec la troisième phalange du troisième orteil, qui est profond et beaucoup plus marqué que les autres. J'ai conservé le corps de la petite Tekaninem.

OBSERVATION III (Recueillie le 7 février 1880.) — Femme Ténanikaputi, âgée d'environ 20 ans, bien portante (1), quoi qu'elle amaigrisse, née à Panaupa.

Rien à signaler en fait d'éruption ou de taches sur le corps; mais, mon attention est attirée par les lésions que présentent les extrémités des membres, et dont voici la description.

Main droite. Pouce et auriculaire normaux. — *Index.* Les deux tiers supérieurs de la première phalange existent seuls. Le moignon porte une cicatrice linéaire antéro-postérieure à peine marquée. L'amputation spontanée date de moins de quatre ans; elle a débuté par un étranglement circulaire identique à celui que présentent actuellement les deux doigts suivants. — *Médius.* Au niveau de la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de la première phalange, existe une rainure circulaire profonde d'un demi-millimètre, ressemblant à celle que produirait un cordon serré. — *Annulaire.* Au même endroit de la première

(1) Au moment du départ du *Buffon* pour Taïti, cette femme était atteinte de dysenterie grave. J'ai prié M. le Dr Groperrin, dans le cas où elle succomberait pendant la traversée, de vouloir bien conserver et me faire parvenir les extrémités des quatre membres.

phalange, sillon circulaire beaucoup plus prononcé que celui du médus (1). L'os lui-même offre un commencement d'étranglement. La profondeur de la dépression, plus grande en arrière et latéralement, atteint en ces points près d'un millimètre.

Main gauche. Pouce intact. La dernière phalange du petit doigt manque en partie. L'ongle est appliqué en forme d'opercule de pyxide sur l'extrémité tronquée de la phalange. — Les trois autres doigts (index, médus, annulaire) sont représentés par un tronçon terminé par trois tubercules ; à l'extrémité de la face dorsale de chacun d'eux est une surface déprimée, en forme de fer à cheval, correspondant à la place de l'ongle, qui n'existe pas. Dans le pédicule commun se trouvent, mais notablement atrophiées et raccourcies, les premières phalanges des trois doigts indiqués réunies entre elles par un repli cutané. Les tubercules représentant les deuxièmes et troisièmes phalanges de l'index et de l'annulaire sont juxtaposés. Celui du médus est superposé aux deux autres, et s'enfonce en coin dans leur interstice.

Voici, approximativement, les dimensions de ces tubercules : Celui de l'index, le plus gros, est long d'environ 0,03 ; celui de l'annulaire, moindre, mesure 0,025 ; celui du médus, le plus grêle, atteint à peine 0,02. Ces tubercules sont notablement décolorés, ont une consistance adipeuse et renferment, dans leur épaisseur, des noyaux durs, restes des segments osseux atrophiés. Le tubercule de l'index, le plus développé, renferme deux noyaux osseux indépendants ; ceux du médus et de l'annulaire paraissent n'en avoir qu'un seul.

Pied droit. Aucune disposition anormale à signaler. — *Pied gauche* (quatrième orteil). La troisième phalange n'existe qu'au niveau de la base de l'ongle, lequel est déformé et recouvre le moignon à la manière d'un opercule de pyxide (Même forme que celle décrite pour l'auriculaire gauche.)

OBSERVATION IV. — Térangatoa, homme de 25 ans environ, originaire de Panaupa. Mort à l'infirmerie de l'Orphelinat le 9 février 1880 (dysentérie). — Ce jeune homme, excessivement amaigri, était de taille moyenne et bien constitué. Il présentait, aux bourses et à la racine de la verge, un ulcère phagédénique très étendu dont il était atteint depuis fort longtemps.

(1) Inutile d'ajouter que jamais cette femme n'a porté d'anneau ou autre corps constricteur.

En le voyant, je fus frappé de la conformation de la main droite, dont le pouce seul était intact, tandis que le reste de la main, formée des quatre derniers doigts tronqués, offrait l'aspect d'une patte de palmipède. Cette difformité, que je vais tâcher de bien décrire, remonterait à la naissance.

Main droite. Pouce normal. Les tronçons des autres doigts sont plus ou moins syndactylés. De l'auriculaire, restent la première phalange et une partie de la deuxième.

Le tronçon de ce doigt est isolément mobile et à peu près indépendant. Mais l'index, le médium et l'annulaire sont réunis en un tronçon commun, ayant une forme triangulaire. Les premières phalanges seules existent dans le moignon. Elles ne sont pas soudées, mais elles sont étroitement accolées sous leur enveloppe cutanée commune. Elles sont d'ailleurs, surtout celle du médium, plus grêles qu'à l'état physiologique.

Deux trajets cutanés étroits, situés un peu au-dessous du niveau des plis digito-palmaires, restent les seuls vestiges de l'indépendance normale des doigts. Les orifices d'entrée ont, à la face palmaire, la forme d'une fente étoilée à trois branches; ils sont distants d'environ 8 millimètres (sur une même ligne horizontale). — A la face dorsale, ils sont linéaires et éloignés l'un de l'autre de 2 centimètres (sur une ligne oblique en bas et en dehors). Le diamètre de ces deux trajets est un peu plus fort que celui d'un stylet ordinaire, qui y pénètre sans difficulté. J'ai conservé la pièce dont je viens de donner à grands traits la description (1).

Les pieds et la main gauche étaient bien conformés.

16. M. BRUNEAU montre un anévrysme de la crosse de l'aorte qui a luxé la clavicule.

17. M. BRUNEAU présente également un fœtus monstrueux de mouton, qui paraît réduit à la partie sous-ombilicale du corps.

18. Gangrène sèche du pied et de la jambe gauches; par M. COCHEZ, interne des hôpitaux.

La nommée X..., âgée de 58 ans, profession de marchande des quatre saisons, est entrée le 22 novembre 1880, salle Cochin, lit n° 4, service de M. DESPRÉS, à Cochin.

La malade ressent, depuis quatre semaines environ, de

(1). M. Suchard pourra aussi montrer cette pièce que je lui ai remise en même temps que le corps de la petite fille née aux îles Gilbert.

violentes douleurs dans la jambe gauche. Bientôt, à cause de la faiblesse de cette jambe, elle ne peut marcher, ce qui la décide à entrer à l'hôpital Cochin.

Aucune maladie grave à noter dans ses antécédents. Elle se plaint simplement d'un asthme dont elle fait remonter le début à de longues années. A son entrée, on constate une gangrène sèche des orteils. Les battements de l'artère poplitée et de l'artère fémorale ne sont plus perçus.

A l'auscultation du cœur, les bruits sont normaux, peut-être le premier est-il un peu sourd. Du côté du poumon, tous les signes de l'emphysème. Le pouls radial est régulier; il n'a pas les caractères de l'athérome. Les urines, traitées par l'acide nitrique, présentent un léger nuage d'albumine. Pas de diarrhée.

A partir de son entrée, elle présente une température oscillant autour de 39°, avec légère rémission matinale. La gangrène, d'abord limitée aux orteils, fait de rapides progrès et atteint, en 10 jours, la partie supérieure de la jambe. La malade se plaint toujours de douleurs spontanées qu'on augmente par la pression en un point quelconque du membre.

Le 5 décembre, on constate tous les signes d'une congestion pulmonaire intense. Grande oppression; râles sous-crépitants aux deux bases.

La malade succombe à l'asphyxie le 7 décembre, à 3 heures du matin.

AUTOPSIE. — Le cœur n'est ni dilaté ni hypertrophié. Le myocarde n'est pas sensiblement dégénéré. On trouve dans chaque ventricule un caillot fibrineux, résistant, avec impression des valvules sigmoïdes. Le caillot du ventricule gauche contient une cavité remplie de liquide sanguinolent, il est moins volumineux que celui du ventricule droit. Tous deux envoient des prolongements qui vont s'entre-croiser avec les cordages tendineux des valvules.

On trouve un long caillot qui remplit les artères iliaque primitive, iliaque externe, fémorale, poplitée. La partie moyenne de ce caillot est blanche, résistante, adhérente à la paroi. Le reste présente les attributs des caillots cruoriques. Quelques plaques d'athérome dans l'aorte.

Les poumons sont le siège d'emphysème sur le bord antérieur et le sommet. Le reste est fortement congestionné. — Les reins ne sont guère diminués de volume, mais ils sont rouges, et présentent leur portion corticale sensiblement atrophie; on trouve, en plus, les kystes de la néphrite interstitielle.

19. M. CARAFY montre un *fœtus*, qui a été étranglé par le cordon et qui offre une coloration rouge sombre uniforme.

20. M. CARAFY présente encore deux *placentas* avec insertion vélamenteuse du cordon.

21. ELECTIONS. — M. BRUNEAU est nommé membre correspondant.

Séance du 17 décembre 1880.

PRÉSIDENTE DE M. CHARCOT..

22. Cirrhose hépatique d'origine syphilitique. — Thrombose de la veine porte et des veines mésentériques et spléniques. — Varices de l'œsophage et de l'estomac; par LEDUC, interne des hôpitaux.

La nommée A... Léocadie, âgée de 49 ans, entre le 26 octobre 1880 à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. le D^r GUYOT.

Cette femme n'accuse, comme antécédents morbides, que des accidents syphilitiques remontant à 25 ou 30 ans; elle a eu deux enfants morts en bas âge; pas d'antécédents alcooliques; elle n'est plus réglée depuis 6 ou 7 ans; elle a suivi un traitement régulier pour ses accidents syphilitiques; depuis lors, elle n'a pas eu de nouvelle atteinte de la vérole.

Il y a 8 ou 10 mois seulement qu'elle a commencé à éprouver des troubles dyspeptiques, consistant en lenteur de la digestion, et en vomissements pituiteux peu fréquents, se produisant surtout le matin.

Quatre semaines environ avant d'entrer à l'hôpital, elle s'est aperçue que son ventre commençait à augmenter de volume; la gêne des digestions augmenta, et il survint un peu d'oppression; malgré cela, elle put continuer à se lever et à s'occuper de ses affaires intérieures, jusque il y a 8 ou 10 jours, époque où elle s'alita presque complètement, ne se levant guère depuis ce temps que une ou deux heures par jour. L'abdomen continuant à augmenter de volume, elle se décida à entrer à l'hôpital.

26 octobre. Faciès maigre, pâle; tout le reste du corps est amaigri, ainsi que les membres; très léger œdème des membres inférieurs remontant à 4 ou 5 jours.

Développement énorme de l'abdomen par une ascite très considérable; dilatation des veines sous-cutanées abdominales, surtout à droite; vu l'ascite et le tympanisme intestinal, il est impossible de limiter le foie ou la rate. Rien au cœur.

C'est à peine si on peut faire asseoir la malade pour ausculter les poumons, à la base desquels on constate quelques râles de congestion. Les urines sont cirrhotiques, chargées d'urates; elles ne contiennent ni albumine, ni sucre, ni bile. Ce qui frappe le plus dans l'aspect de la malade, c'est une dyspnée très intense.

27 octobre. Ponction. 21 litres de liquide ascitique. Après la ponction, soulagement immédiat; la respiration devient facile et beaucoup moins fréquente.

On sent le bord inférieur du foie en plongeant la main sous le bord inférieur des fausses côtes; il est dur et la percussion permet de constater qu'il est diminué de volume, tandis que la rate est plus grosse qu'à l'état normal. — Régime lacté. Extrait de quinquina, 4 gr.

Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, terminé par la mort le 12 décembre, à 7 heures du soir, nous avons observé les symptômes suivants :

La malade peut se lever un peu tous les jours, tant que le ventre n'a pas atteint un volume énorme, et la dyspnée ne s'établit que quand le ventre est très distendu; à 3 ou 4 reprises, une congestion pulmonaire intense nécessite l'application de ventouses sèches sur les parois du thorax.

La quantité d'urine rendue chaque jour est très peu considérable; elle varie entre 250 et 500 centimètres cubes; on donne du vin diurétique pour tâcher d'activer la sécrétion urinaire, mais on est forcé d'en suspendre l'emploi parce qu'il survient de la diarrhée; cette diarrhée, qui se reproduit de temps à autre, dure 3 ou 4 jours et disparaît d'elle-même, sans que ce flux intestinal paraisse avoir la moindre influence sur la reproduction plus ou moins rapide de l'ascite. Pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital, la malade ne vomit que 3 ou 4 fois.

Le fait le plus important et qui a surtout attiré notre attention, c'est la reproduction très rapide du liquide en grande quantité. C'est ainsi qu'après la première ponction, faite le 27 octobre, on est obligé d'en faire une le 15 novembre, c'est-à-dire 19 jours après, et que la quantité de liquide évacué est de 22 litres; le 29 novembre, c'est-à-dire

14 jours après, 3^e ponction, on retire 23 litres de liquide; enfin, le 11 décembre, c'est-à-dire 12 jours après, 4^e ponction, donnant issue à 17 litres de liquide.

Ainsi, en un mois et demi, plus de 80 litres de liquide sont évacués; et, s'il faut en croire la malade, cette production de liquide ne remonterait guère qu'à un mois avant son entrée à l'hôpital.

La nature du liquide fut toujours la même, c'était un liquide citrin, franchement ascitique.

Le 11 décembre, au soir, six ou huit heures après la 4^e ponction, la malade eut une hématoméose abondante; on peut évaluer aux trois quarts d'un litre la quantité de sang qu'elle rendit. Elle avait eu la diarrhée trois ou quatre jours avant la ponction, avec des douleurs vives dans l'abdomen; après la ponction jusqu'à la mort, il n'y eut pas de selles, mais de vives coliques persistèrent.

Le 12, au matin, la malade est dans un état de faiblesse extrême; elle souffre du ventre; la respiration est fréquente et très superficielle; elle va s'affaiblissant jusqu'à la mort qui arrive à 7 heures du soir.

AUTOPSIE le 14, à 10 heures du matin. — *Abdomen.* La cavité péritonéale contient 2 ou 3 litres de liquide citrin.

L'intestin grêle, sur une longueur de 1 mètre environ, présente une coloration rouge lie de vin foncée; cette coloration commence à 25 cent. environ au-dessous du duodénum; à ses deux extrémités, elle va en se dégradant peu à peu, pour se confondre avec la couleur du reste du tube intestinal qui est pâle, blanc-grisâtre, exsangue. Cette coloration lie de vin est due à une infiltration des tuniques de l'intestin par du sang encore à l'état liquide; il y a là une véritable hémorrhagie intra-pariétale interstitielle. Cette infiltration des parois de l'intestin par du sang leur donne une épaisseur bien au-dessus de la normale, épaisseur qu'on peut évaluer à 8 ou 10 millimètres; tout l'intestin grêle contient du sang très fluide, mais ce sang est en beaucoup plus grande abondance dans les points où siège la coloration lie de vin. Le gros intestin, exsangue dans toute son étendue, est dans sa plus grande partie obstrué par des cybales, qui baignent dans du sang liquide.

L'estomac est extrêmement dilaté; une section suivant la grande courbure permet de constater que les parois n'en sont pas épaissies, et laisse écouler une quantité de sang très fluide qu'on peut évaluer à trois quarts de litre au moins. La muqueuse, dans presque toute son étendue, présente un aspect piqueté, en se rapprochant du pylore, on voit quelques grosses veines variqueuses; tout près de cet

orifice, sur la paroi postérieure de l'organe, se voit une veine plus volumineuse que les autres, présentant une rupture obstruée par un caillot récent (c'est de ce point qu'a dû s'écouler le sang rejeté par la bouche, la veille de la mort).

L'œsophage présente dans toute son étendue des dilations variqueuses des veines, qui donnent à la muqueuse une coloration violacée; mais, nulle part, on ne peut apercevoir de rupture des veines de ce conduit.

En déroulant les anses intestinales et en mettant à vue le mésentère, on voit que les veines mésentériques sont complètement bouchées par un caillot semi-fibrineux, semi-cruorique; cette obstruction commence au niveau du bord mésentérique de l'intestin et remonte dans la veine porte, dont le calibre est complètement obstrué par un caillot fibrineux, assez mou, mais présentant avec les parois de la veine des adhérences assez solides. Le caillot du tronc de la veine porte se continue dans les branches de cette veine qui se distribuent au foie, lesquelles, en certains points, présentent une dilatation considérable. La veine splénique présente dans toute son étendue un caillot de même nature que celui de la veine porte, mais on ne peut suivre la coagulation dans l'intérieur de la rate.

Aucune trace de caillot dans les veines sus-hépatiques ni dans la veine cave inférieure. Les cavités droites du cœur ne contiennent que les caillots de l'agonie.

Le foie est un peu diminué de volume, il présente une coloration jaune assez claire, sillonnée par des tractus blancs, formant des dépressions assez profondes; de la périphérie, partent en différents points, un certain nombre de tractus fibreux qui lui font contracter des adhérences avec le diaphragme ou le côlon; sa surface est inégale, lobulée; les lobes qu'il présente sont de volume fort variable, allant de celui d'un grain de chénevis à celui d'une noix; cette lobulation est plus marquée à la face inférieure qu'à la supérieure. Ce foie est dur et résistant à la pression, comme à la section; sur les tranches, on voit que les lobules qui le constituent sont enserrés par des tractus fibreux blancs, dont l'épaisseur varie de $\frac{1}{4}$ de millimètre à un millimètre; à l'intérieur de ces lobules ainsi limités, existent d'autres tractus fibreux beaucoup plus minces; nulle part il n'y a trace de tissu cicatriciel, résultant de gommages vidées; on peut cependant dire que le foie, dans son ensemble, présente beaucoup plutôt l'aspect de la cirrhose syphilitique que de la cirrhose alcoolique. — Sur la surface de section, on voit aussi les ramifications de la veine porte, obstruées par des caillots demi-fibrineux et demi-cruoriques.

La *rate* est très augmentée de volume dans tous ses diamètres; elle a environ 16 centimètres de hauteur, toute sa capsule présente une coloration blanche, et, par places, on voit à sa surface de petites granulations fibreuses de même couleur, de la grosseur d'un grain de millet. Elle est très épaissie. — Le *parenchyme* est dur à la coupe et ne présente rien d'anormal.

Les *reins* sont pâles, anémiés, ils ne sont pas altérés. — Rien à l'*utérus* ni aux *ovaires*. — Rien au *cœur*.

Congestion assez intense des *poumons* aux bases; écoulement d'un liquide spumeux et sanguinolent à la surface de coupe.

Le *diaphragme*, ainsi que tous les muscles de la paroi abdominale, offre une coloration pâle; il est très aminci ainsi qu'eux et paraît très atrophié.

RÉFLEXIONS. — Pendant la vie, la malade qui fait le sujet de cette observation, a présenté deux phénomènes importants : 1^o la production extrêmement rapide d'une grande quantité de liquide, qui aurait pu mettre sur la voie du diagnostic d'oblitération de la veine porte; — 2^o l'absence de selles sanguinolentes, malgré la présence d'une quantité considérable de sang dans la cavité de l'intestin. — A l'autopsie, ce qu'il y a de plus remarquable, ce n'est pas l'obstruction de la veine-porte, que l'on trouve assez souvent signalée dans les cas de cirrhose, quoique cette oblitération paraisse plus rare dans la cirrhose d'origine syphilitique; ce qu'il y a de plus remarquable, disons-nous, c'est l'hémorrhagie interstitielle des tuniques de l'intestin grêle, sur laquelle aucun des auteurs qui se sont occupés de la cirrhose et de l'oblitération de la veine porte n'a insisté d'un façon particulière.

Rappelons aussi les varices de l'œsophage et de l'estomac, et, enfin, l'atrophie considérable des muscles abdominaux et du diaphragme.

23. M. Pozzi montre un *lipome polypeux* de la région mammaire. Le pédicule, très aplati et constitué seulement par les téguments adossés et les vaisseaux qui se rendent à la tumeur qui descendait jusque sur les parties génitales, avait 70 centimètres de circonférence et pesait 20 livres. Dans ce pédicule on trouvait 7 ou 8 parties volumineuses et autant de veines; on entendait à ce niveau un frémissement cataire. Une des particularités intéressantes

de cette tumeur, c'est qu'elle avait conservé un volume peu considérable pendant plusieurs années, et qu'elle s'était tout à coup développée sous l'influence d'une affection chronique qui avait profondément débilité le malade.

On n'a enlevé la tumeur qu'après avoir fait l'acupression des principaux vaisseaux et avoir appliqué le serre-nœud de Cintrat.

M. HOUEL préfère l'expression de lipôme pédiculé à celle de lipôme polypeux, dont s'est servi M. Pozzi; il insiste sur la gravité des hémorrhagies veineuses qui suivent souvent l'ablation de ces sortes de tumeurs.

24. M. LEDOUX présente un *anévrisme de la crosse de l'aorte*, enclavé dans le *poumon gauche*, avec perforation dans la trachée et dans la plèvre. Cette dernière avait produit un épanchement suivi de mort subite.

25. Exostose sous-unguéale; par H. LELOIR, interne des hôpitaux.

L'exostose sous-unguéale que nous avons l'honneur de présenter à la Société Anatomique, a été enlevée en 1874 dans le service de notre maître, M. le professeur PARISE (de Lille). Cette tumeur fut traitée par les procédés ordinaires et les coupes furent colorées soit au moyen du picrocarmin, soit au moyen de la purpurine.

A un faible grossissement, l'on constate nettement que la tumeur est constituée, en allant de dehors en dedans : 1° Par l'épiderme; 2° Par le derme fibreux épaissi, se continuant latéralement avec le périoste, infiltré dans ses parties profondes de cellules embryonnaires, prenant de plus en plus l'aspect sarcomateux là où il avoisine les portions osseuses ou cartilagineuses sous-jacentes. Il est à remarquer que les papilles dermiques manquent sur la partie convexe de l'exostose et ne se montrent que sur ses parties latérales. De plus, on n'y peut constater la moindre trace de glandes sudoripares ou sébacées; 3° En dessous et constituant la plus grande partie de la tumeur, se trouve le tissu osseux de l'exostose. Il apparaît sous forme de travées irrégulières, déchiquetées, anastomosées les unes avec les autres, entre les intervalles desquelles se trouve de la moelle qui se continue avec la moelle sous-périostique. En quelques points, le tissu osseux présente des traces évidentes de raréfaction, reconnaissables à la section des lamelles osseuses

par des boyaux d'ostéite raréfiante. En d'autres points, l'on peut voir que les travées de nouvelle formation sont constituées par un tissu osseux incomplet, caractérisé par l'absence des lamelles osseuses, par sa coloration plus rosée par la purpurine, par la présence de corpuscules osseux plus grands que les corpuscules osseux normaux et dépourvus de fins prolongements. On peut suivre avec la plus grande netteté, sur les parties latérales de la tumeur, la formation de l'os aux dépens du tissu fibreux. 4° Mais, entre le tissu osseux, on trouve entre lui et le tissu sarcomateux, au niveau de la partie convexe de la tumeur, un noyau ou mieux une petite bande cartilagineuse, formée aux dépens du tissu sarcomateux. Ce cartilage hyalin, calcifié dans ses parties attenantes au tissu osseux, avec lequel il se continue en quelques points, présente dans ses parties calcifiées des cellules légèrement étoilées et se rapprochant des ostéoblastes. Toutefois, ce noyau cartilagineux ne semble pas contribuer directement à la formation du tissu osseux, quoique, dans les points précités, il paraisse se transformer en tissu ostéoïde.

Nous voyons donc dans ce cas la production du tissu cartilagineux ne constituer qu'un phénomène secondaire et ne pas présenter de rapport avec la formation du tissu osseux, formé uniquement aux dépens du périoste, comme le pense également M. Malassez, qui a bien voulu examiner nos préparations.

La présence du tissu cartilagineux dans les exostoses sous-unguéales ne constitue pas un fait exceptionnel et les auteurs modernes en citent un certain nombre de cas.

Les exostoses sous-unguéales, considérées longtemps comme de nature purement osseuse (Cooper, Dupuytren, etc.), furent reconnues comme ostéo-fibreuses par MM. Gosselin (*Clinique de la Charité*) et Dolbeau (*Clinique chirurgicale*). Dans la première édition de leur Manuel, MM. Cornil et Ranvier, unissant dans la même description les épulis et les exostoses sous-unguéales en font un sarcome ossifiant.

Paget (voir Wirchow, *Pathologie des tumeurs*) fut le premier qui signala dans une exostose sous-unguéale la présence d'un noyau cartilagineux. M. J. Besnier (*Bulletins de la Société Anatomique*, 1866) présenta une exostose sous-unguéale contenant un noyau cartilagineux. L'examen histologique de cette tumeur, ainsi que celui de deux exostoses sous-unguéales, provenant du service de Velpeau et pourvus également de noyaux cartilagineux fut fait par le professeur Ranvier; dans ces cas, l'os, d'après l'examen histologique de M. Ranvier, ne semblait se développer uniquement

qu'aux dépens du tissu fibreux. En 1866, parut dans le *Journal d'Anatomie* de M. Robin, une note substantielle de M. Ranvier sur la structure des exostoses sous-unguéales. Dans cette note, M. Ranvier fait remarquer que « bien que du tissu cartilagineux semble exister constamment dans les exostoses sous-unguéales, il ne faut pas considérer ces tumeurs comme des enchondrômes ossifiés, l'os se forme aux dépens du tissu fibreux. » En 1878, MM. Laget et Richaud publièrent une excellente description d'exostose sous-unguéale avec noyau cartilagineux et montrèrent que, dans leur cas, le tissu osseux de la tumeur provenait et du noyau cartilagineux et du tissu fibreux du derme et du périoste ; en un mot, que leur exostose se développait comme un os normal, aux dépens du cartilage et du tissu fibreux. MM. Cornil et Ranvier, dans la nouvelle édition de leur Manuel, reviennent sur leur première opinion et disent que « les tumeurs contiennent habituellement des noyaux cartilagineux aux dépens desquelles se produisent, en partie du moins, les travées osseuses de nouvelle formation. »

Nous voyons donc que l'on peut, au point de vue de leur développement et de leur structure, diviser les exostoses sous-unguéales en deux groupes principaux.

1° Tumeurs formées de tissu osseux et de tissu sarcomateux avec prédominance de l'un ou de l'autre. Dans ce cas l'os se forme aux dépens du tissu fibreux. 2° Tumeurs formées de tissu osseux, de tissu cartilagineux, de tissu sarcomateux. Deux cas doivent ici être considérés :

A. Le tissu osseux de la tumeur se développe comme celui d'un os normal aux dépens du cartilagineux et du tissu fibreux (cas de Laget et Richaud, de Cornil et Ranvier, cas présenté dernièrement par notre collègue Variot à la Société anatomique).

B. L'os se développe uniquement aux dépens du tissu sarcomateux. Le tissu cartilagineux que l'on rencontre dans l'exostose ne paraît pas contribuer à la formation de sa portion osseuse ; il constitue une masse accessoire, indépendante du tissu osseux, au point de vue du développement (cas de M. Ranvier) ; notre observation rentre également dans ce dernier groupe.

On peut d'ailleurs, dans ce dernier cas, se demander avec Virchow : « Si le cartilage ne s'est pas formé plus tard par adjonction, comme cela a lieu souvent pour des saillies osseuses exposées aux frottements. »

M. MALASSEZ, fait remarquer que la phalangette se développe aux dépens du tissu fibreux comme les os du crâne

le développement de ces exostoses semble rappeler une réapparition du type embryonnaire.

26. M. MÉRICAMP présente un *cancer du rein* trouvé à l'Ecole pratique.

Séance du 24 décembre 1880.

PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

27. Hémorrhagie cérébelleuse. — Parésie gauche. — Perte des fonctions bulbaires; par SCHEWING, interne provisoire.

Graillot, veuve Boulogne, 78 ans. Entre à l'infirmerie de l'hospice des Ménages (service de M. QUINQUAUD), le 17 décembre 1880, à 10 heures du matin. On nous dit qu'elle est tombée, avec perte de connaissance, à 6 heures du matin. Au même moment, elle a eu des vomissements bilieux abondants ayant duré quelques minutes. A la visite, nous la trouvons dans le coma, la respiration est râlante, sueurs profuses. Temp. vaginale : 38°,1 ; Pouls : 104. Lorsqu'on la pince soit aux bras, soit aux jambes, contractions musculaires moins accentuées cependant dans les membres du côté droit. Les yeux sont légèrement tournés à droite. On éprouve une certaine résistance quand on veut fléchir le bras droit, il existe de la raideur dans les membres inférieurs, pas de mouvements convulsifs, il est impossible de lui faire avaler quoi que ce soit. Le pouls est régulier et on ne remarque rien d'appréciable au cœur.

Le 18, la malade a vomi fréquemment dans la journée ; les vomissements sont en outre abondants. T. 38°,6.

Le 19, la malade n'a rien pris, continuation des vomissements bilieux. T. 38°,4. Mort dans la nuit.

AUTOPSIE. — Adhérence peu accentuée des artères de la base. *Cervelet* : foyer hémorrhagique siégeant dans la partie centrale du lobe gauche du cervelet. Ce foyer a détruit toute la substance blanche de ce lobe et s'avance jusqu'à la partie médiane, n'empiétant pas sur l'hémisphère cérébelleux

droit. — *Cerveau. Hémisphère droit* : Lésion de ramollissement ancienne avec teinte un peu jaunâtre qui comprend le tiers externe du noyau extra et intra-ventriculaire.

Hémisphère gauche : Petit foyer hémorragique récent dans le noyau intra-ventriculaire, de la grosseur d'un pois. (Ces altérations n'auraient jamais déterminé de paralysies complètes).

28. Tuberculose localisée à la base du poumon droit. — Péricardite tuberculeuse. — Alcoolisme ; par SCHEWING, interne provisoire.

Boissy Marie, veuve Béranger, 83 ans, entre le 6 décembre 1880 à l'infirmerie de l'hospice des Ménages. Cette femme depuis trois mois a perdu la tête ; cependant, elle ne cessait de se rendre tous les jours chez le marchand de vin ; n'a jamais cependant été complètement ivre. A beaucoup maigri depuis un mois. Ses forces ont diminué à ce point qu'elle ne peut se lever de son lit. Elle gâte depuis deux jours, toux très rare, expectoration muqueuse très peu abondante, langue blanchâtre, pouls irrégulier inégal, respiration à peu près normale à gauche ; à droite et en bas, submatité, quelques râles sous-crépitants, voix cassée. T.V. 37°,3.

10 décembre. Amaigrissement plus considérable, la maladie présente l'aspect des gens atteints de cachexie sénile, peau sèche. T. 37°,8. Mêmes signes stéthoscopiques.

15 décembre. A droite en bas, râles sous-crépitants, rien au cœur. T. 37°,7.

16 décembre. Frottement péricardique. T. 37°,8.

18 décembre. Mort.

AUTOPSIE. — L'aorte est athéromato-calcaire, plaques crétaées volumineuses. Le poumon droit est très adhérent à sa base. A ce niveau, granulations miliaires demi-transparentes non caséieuses, expliquant l'existence de cette pleurésie très localisée. Péricardite récente avec un état râpeux de la surface pariétale et viscérale de la séreuse. De plus, au niveau de la naissance de l'aorte et sur le feuillet viscéral du péricarde, granulations miliaires demi-transparentes, très nettes, disposées en série régulière sur le trajet du lymphatique, au nombre de 10 environ.

Le foie est peu sclérosé. — Injection dans le rein gauche.

29. Hernie de l'estomac et du côlon transverse à travers une perforation du diaphragme produite par une balle de revolver. — Phénomènes d'étranglement; par Adhémar ROBERT.

Balade (Charles), 24 ans, bijoutier, entré le 6 décembre dans le service de M. EMPIS.

Ce malade a été traité au commencement de l'année dans le service de M. RICHET. Je résume cette partie de l'observation qui est publiée dans la thèse de M. Ch. Nélaton, page 117.

Cet homme s'est tiré un coup de revolver, calibre 7. Apporté de suite à l'hôpital, on constate à la visite, dans le 6^e espace intercostal gauche, à 12 centimètres de l'appendice xyphoïde, un orifice arrondi, noirâtre d'où s'écoule du sang à chaque effort du malade.

Percussion, matité absolue jusqu'à 2 centimètres au-dessous de l'épine de l'omoplate. Auscultation. Abolition du murmure vésiculaire et des vibrations thoraciques. T. 39°.

Diagnostic. Plaie pénétrante du poumon gauche; hémomothorax. Occlusion, repos.

Les mêmes signes locaux persistent accompagnés de fièvre jusqu'au 14 janvier. A ce moment, la fièvre tombe; l'état général devient meilleur; mais l'épanchement reste stationnaire.

Le 31 janvier, la fièvre reparaît et persiste jusqu'au 8 février où le malade a une vomique.

A partir de ce jour, l'état général et l'état local vont s'améliorant et le malade sort guéri le 12 mars.

Ce malade entre le 6 décembre dans le service de M. EMPIS. Il avoue des antécédents d'alcoolisme.

Il y a 2 jours, cet homme fut pris de vomissements environ une heure après son diner, qui n'avait pas été plus copieux que d'habitude. Ces vomissements d'abord alimentaires, puis séreux, se sont continués sans interruption, jusqu'au moment de l'entrée, accompagnés de soif très vive et d'inappétence absolue. Ils n'ont été provoqués ni par un effort, ni par une émotion, ni par une cause quelconque.

Hier, le malade a eu une selle peu abondante.

A l'entrée, on trouve le malade agité, changeant de place à chaque instant, pendant qu'on l'interroge. Il a une soif très vive, mais il vomit presque aussitôt les liquides qu'il a ingérés. Les vomissements sont composés uniquement, pendant toute la durée de la maladie, par les liquides ingérés. Jamais ils n'ont contenu de bile. La langue est rugueuse, très peu humide, sans enduit. Le ventre a son as-

pect normal qu'il conserve pendant toute la durée de la maladie; il n'est pas ballonné. Le malade éprouve à l'épigastre une douleur vive qui est exaspérée par la pression. Peau sèche. A l'examen des urines, on trouve une assez grande quantité d'albumine. — Traitement : Tisanes glacées, lait glacé.

8 décembre. Même état. Depuis la veille de l'entrée, le malade n'a pas eu de garde-robes. On ordonne un lavement avec deux cuillerées de miel de mercuriale qui provoque une selle peu abondante.

9 décembre. Le malade devient aphone. On trouve dans les vomissements des traces d'urée et de carbonate d'ammoniaque. Comme le malade vomit tout ce qu'il prend, on ordonne du lait en lavements. On a donné ainsi en lavements un litre de lait que le malade a gardé. T. M. 36°,4. S. 36°,4. Urines de 24 heures : 400 gr.; albumine : 4 gr. par litre. En traitant cette urine par l'acide nitrique dans un tube, on remarque que l'albumine a déjà notablement diminué.

10 décembre. On ordonne 20 gr. d'eau de vie allemande qui provoque deux selles peu abondantes. T. matin, 36°,2. T. S., 36°. — Urine des 24 heures : 740 grammes, albumine, 1 gr. 50 par litre.

11 décembre. T. M. 36°. S. 35°,6. Urine des 24 heures : 1490 gr. Jusqu'à la mort on ne trouve plus que des traces d'albumine, trop faibles pour être dosées par l'appareil d'Esbach.

12 décembre. T. M. 35°,8. Urines de 24 h. : 1150 gr.

13 décembre. T. M. 35°,3. S. 35°,5. Urine : 690 gr.

14 décembre. A partir de ce jour, le malade ne peut plus garder ses lavements de lait. T. M. 35°,2. S. 35°,6. Urines : 830 gr.

15 décembre. T. M. 35°. S. 35°,4. Urines 580 gr.

16 décembre. Le malade vomit beaucoup moins, sa soif est moins vive. Mais sa langue est sèche, ses cornées sont ternes, ses forces sont très déprimées. T. M. 35°,2. S. 37°,3. Urines : 750 gr.

17 décembre. T. M. 36°,2. Le malade succombe dans le coma, vers 6 h. du soir.

AUTOPSIE le 19 décembre. — Au-dessus et un peu en arrière du mamelon, on trouve sur la peau une cicatrice arrondie, au niveau du 6° espace intercostal. Le bord supérieur de la 7° côte présente une encoche au fond de laquelle on trouve un débris de balle de plomb incrusté dans l'os.

Les deux tiers inférieurs du poumon gauche sont intimement adhérents à la paroi thoracique et aux parties péri-

phériques externes et postérieures du diaphragme. Sa base est refoulée en arrière de manière à laisser entre les 2 poumons, en avant du poumon gauche en arrière et à gauche du cœur, un vaste espace libre qui remonte jusqu'au hile des poumons, et sur lequel je reviendrai bientôt.

Le diaphragme offre du côté gauche, à la réunion de sa partie aponévrotique et de sa partie musculaire, une perforation de 3 centimètres de diamètre qui fait communiquer la cavité abdominale avec la cavité thoracique. Les bords de cette ouverture sont mousses et lisses. Le diaphragme est lisse à sa face supérieure de même qu'à sa face inférieure, comme si le péritoine s'y continuait à travers la perforation. Mais, du côté gauche, des adhérences intimes ont supprimé le cul-de-sac costo-diaphragmatique.

La rate est située un peu au-dessous de la perforation du diaphragme. Elle adhère intimement par sa face postérieure au diaphragme et à la paroi abdominale postérieure. En disséquant ces adhérences pour enlever la rate, mon scapel rencontra un corps dur situé au-dessous de la capsule de la rate, de forme irrégulière et qui n'était autre qu'une balle de revolver. La capsule de la rate était très épaissie; son parenchyme paraissait normal. La partie du parenchyme qui avoisinait la balle ne se distinguait par aucune particularité.

Donc, la balle de revolver avait pénétré dans le 6^e espace intercostal gauche, traversé le poumon gauche, le diaphragme et enfin était venue se loger dans la rate, au-dessous de la capsule.

Mais, par l'orifice diaphragmatique, s'étaient engagés l'estomac, le côlon transverse et le grand épiploon qui les unit. Ces viscères avaient passé de la cavité abdominale dans la cavité thoracique où ils étaient logés dans l'espace libre que j'ai décrit plus haut. Ils étaient entourés d'une poche qui était distincte au niveau du poumon et du péricarde et intimement adhérente à la face supérieure du diaphragme. Les viscères étaient libres dans cette poche excepté la petite courbure de l'estomac qui présentait de très fortes adhérences avec les faces inférieures et supérieures du diaphragme et avec le bord libre de l'orifice herniaire.

Voici quelle était la disposition des viscères. L'estomac avait subi une rotation autour de l'œsophage comme un axe. Sa petite courbure, depuis l'orifice œsophagien, se dirigeait à gauche vers l'orifice diaphragmatique et s'y engageait bientôt. Il résultait de là que la face postérieure de l'estomac était devenue antérieure et la face antérieure pos-

térieure. Il restait encore dans la cavité abdominale une partie de la grosse tubérosité, grosse comme un œuf seulement. Dans la poche, on trouvait le reste de la grosse tubérosité. Puis la partie de l'estomac la plus voisine du pylore rentrait dans la cavité abdominale pour se continuer avec le duodénum qui occupait sa place normale.

La partie du côlon transverse adhérente à la première portion du duodénum et à la petite tubérosité de l'estomac étaient restées dans l'abdomen. Mais les parties suivantes, adhérentes à la grande courbure de l'estomac s'étaient, engagées avec ce viscère à travers l'orifice herniaire. La première partie du côlon descendant était également dans la poche herniaire et il semblait même qu'une traction ait été exercée sur elle de bas en haut, car le mésocôlon descendant présentait des plis obliquement dirigés de bas en haut et d'arrière en avant.

Le tiers droit du grand épiploon était dans la cavité abdominale ; les deux tiers gauches avaient passé dans le sac herniaire.

L'orifice du sac étant large, les viscères qui le traversaient n'éprouvaient qu'une faible constriction.

Pendant l'autopsie, le sac a été perforé, de sorte que je n'ai pu savoir s'il contenait du liquide. Mais ni le sac, ni les viscères herniés ne présentaient de trace d'inflammation. — *Reins normaux.*

RÉFLEXIONS. — Cette observation est remarquable par la guérison d'une plaie par arme à feu qui a intéressé les deux séreuses pleurale et péritonéale et des viscères aussi importants que le poumon et la rate.

La hernie diaphragmatique n'est qu'une curiosité scientifique. Mais s'est-elle développée seulement au moment où ont apparu les vomissements ? Les adhérences qui unissaient la petite courbure de l'estomac avec la face supérieure du diaphragme ne permettent guère d'admettre cette hypothèse. Ne se serait-elle pas produite au moment de la vomique, qui a fait subitement un vide assez considérable dans la poitrine ? Cela est plus probable. Enfin restait à expliquer l'albuminurie.

Quant à la persistance de quelques selles pendant le cours des derniers accidents, elle s'explique par le peu de constriction qu'exerçait l'orifice herniaire.

30. M. TALAMON montre un cas de *cirrhose atrophique*,

terminé par hématomèse causée par l'ulcération de varices de l'œsophage.

31. M. DÉJERINE montre un cas de *thrombose pulmonaire* déterminé par un épanchement pleural et ayant été le point de départ d'infarctus rénaux.

32. *Abcès du cerveau avec hémiplégie*; par DAUCHEZ, interne des hôpitaux.

Le nommé Vaudeville, Etienne, âgé de 49 ans, profession de cordonnier, est entré le 7 décembre 1880, salle Saint-Denis, lit n° 3. Ce malade nous arrive dans la journée vers 3 heures du soir. Il est accompagné par un de ses voisins, qui nous donne les renseignements suivants que le malade est incapable de fournir lui-même, car il est dans le coma.

Cet homme a été frappé il y a trois mois d'une attaque apoplectique à la suite d'un violent chagrin que lui causa son fils; il eut alors une perte de connaissance à la suite de laquelle il devint hémiplégique. L'hémiplégie disparut peu à peu, et, quelques semaines après, le malade put se relever. Il n'a jamais pu reprendre son travail. 24 heures avant son entrée à l'hôpital, nouvelle attaque apoplectique à la suite de laquelle l'hémiplégie reparait absolument complète à gauche. Le malade arrive dans le coma dont il sort peu après à la suite d'application de sinapismes sur les membres inférieurs; quand il a repris connaissance, nous notons une hémiplégie complète à gauche. En même temps, diminution très notable de la sensibilité du même côté: le malade sent vaguement qu'on le pince, mais ne peut déterminer exactement le siège de la douleur. D'ailleurs, son état intellectuel est assez obtus.

Pas d'amblyopie. Pas de paralysie faciale. Les réflexes sont abolis. Il n'y a pas de contracture.

Nous n'avons pas trouvé ici les causes habituelles de l'hémorrhagie cérébrale. Pas d'athérome des artères radiales et cubitales. Pas de syphilis. Pas d'alcoolisme (le malade et celui qui l'avait amené l'attestent). Rien du côté du cœur, dont les battements sont lents et réguliers. Pouls, 56.

8 décembre. P. 64. Inertie complète du côté gauche. On porte le diagnostic d'hémorrhagie cérébrale. 2 verres d'eau de Sedlitz.

12 décembre. Même état. Dans la journée délire calme: le malade se plaint seulement d'un peu de mal de tête.

15 décembre. Le délire augmente toujours d'intensité: on est obligé de mettre des planches de chaque côté du lit. Potion avec musc: 0,10.

17 décembre. Le malade devient somnolent, et, par moments, a du délire calme. Assoupissement prolongé. Vers les 8 heures, la respiration devient assez bruyante. Sueurs profuses, le malade perd complètement connaissance et succombe le 17 au matin. Il n'y a pas eu d'otite suppurée.

AUTOPSIE le 19 décembre. — L'hémisphère gauche est absolument intact (veines méningées un peu turgescents et congestionnées). L'hémisphère droit est congestionné. A la partie postérieure du bord supérieur de l'hémisphère droit, on voit une grosse bouclure, du volume d'une petite mandarine; incision transversale du foyer, qui est fluctuant. Il en sort environ 60-70 gr. d'un pus floconneux, vert, épais, et des fausses membranes qui tapissent les parois du foyer. Celles-ci sont peu adhérentes. Pas de méningite à la surface. Le foyer ne communique pas avec le ventricule latéral dont il est parfaitement séparé par sa paroi inférieure.

Séance du 31 Décembre 1880.

PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

33. Fractures de onze côtes, du corps du sternum, de la sixième vertèbre dorsale; hémithorax, hémorrhagie cérébrale; par le Dr Archibald WATSON.

J'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique des pièces provenant d'un sujet de 42 ans, qui, en exerçant sa profession de maçon, est tombé d'un premier étage et s'est fait plusieurs lésions très graves. Il nous est malheureusement impossible de préciser la façon dont s'est opérée la chute, ni si elle a été provoquée ou si le blessé est tombé spontanément. Quand ce malade a été apporté à l'hôpital Necker, voici ce que nous avons pu observer : il avait toute sa connaissance et parlait bien, mais il était extrêmement pâle et le pouls était misérable, sa respiration rapide et très superficielle; on sentait les côtes crépiter de toutes parts et on reconnaissait facilement l'existence d'une dépression au niveau de l'articulation sternale supérieure. En outre, la motilité était abolie dans toute la moitié gauche du corps,

sans troubles de la sensibilité. Le malade s'affaiblit graduellement et rapidement et mourut deux heures et demie après son entrée à l'hôpital.

AUTOPSIE faite plus de trois jours après la mort. — Nous avons constaté les lésions suivantes.

On ne trouve sur toute la surface du tégument aucune éraillure, ni ecchymose, ni plaie superficielle, sauf sur le cuir chevelu, où nous trouvons à deux centimètres environ à droite de la ligne médiane et un peu en avant du tourbillon des cheveux, une plaie longitudinale de deux centimètres et demi de longueur à peu près et ne pénétrant que jusqu'à l'aponévrose épicroténienne.

Après avoir décollé les téguments du thorax, nous trouvons plusieurs ecchymoses profondes; il en existe une de l'étendue d'une pièce de deux francs au niveau de l'insertion sternale de la quatrième côte gauche dans l'épaisseur du grand pectoral; il y en a une à peu près semblable dans le même muscle, au niveau du troisième espace intercostal droit. Quand on a détaché les insertions internes du grand pectoral gauche, on voit que ce muscle est décollé des espaces intercostaux dans une étendue égale à celle de la paume de la main, au niveau des articulations chondro-costales. Les 1^{re}, 3^e, 4^e, 5^e et 6^e côtes gauches sont séparées de leur cartilage; le deuxième cartilage costal du même côté est rompu verticalement, à environ un centimètre et demi en dehors du sternum. Les muscles intercostaux sont déchirés depuis la deuxième côte jusqu'à la sixième, et il en résulte une large ouverture qui fait communiquer le décollement sous-pectoral avec la plèvre et le péricarde, grâce à une déchirure du cul-de-sac antérieur de la plèvre gauche; il n'y a du reste aucun épanchement dans la plèvre de ce côté ni dans le péricarde.

Du côté droit, nous trouvons dans la moitié antérieure des septièmes et huitièmes espaces intercostaux une teinte ecchymotique. Après l'enlèvement du plastron, nous constatons que les 4^e, 5^e, 6^e, 7^e et 8^e côtes droites sont fracturées suivant une ligne oblique de haut en bas et d'avant en arrière, qui se dirigerait de la partie moyenne de la clavicule vers l'articulation vertébrale de la 12^e côte. Les fragments antérieurs des 5^e et 7^e côtes sont très acérés et font une forte taille dans la cavité pleurale; en face de ces saillies, on trouve deux déchirures du poumon qui ont donné lieu à un épanchement de sang qu'on peut évaluer à un litre environ et qui remplit la plèvre de ce côté.

Il existe en outre une fracture du corps du sternum. Cette fracture présente une obliquité considérable d'avant en

arrière et de haut en bas : en avant, elle siège au niveau du bord supérieur du 2^e cartilage costal, tandis qu'en arrière elle se trouve sur le même plan que le bord inférieur du 3^e cartilage. Les surtout ligamenteux antérieur et postérieur sont intacts, il en résulte que, malgré la tendance du fragment inférieur à passer en avant et en haut, il n'existait qu'une déformation peu considérable. Le 3^e cartilage costal gauche est resté attaché au fragment supérieur, mais il est mobile; le 3^e cartilage costal droit, qui est aussi mobile, est attaché au fragment inférieur. Derrière le sternum, il existe un épanchement sanguin assez considérable dans le tissu cellulaire du médiastin et surtout porté à droite.

On trouve encore une fracture du corps de la sixième vertèbre dorsale qui paraît écrasée.

Les viscères sont sains, rien de particulier dans le poumon, le cœur, le foie, les reins.

Il n'existe aucune lésion du crâne.

L'encéphale présente plusieurs lésions intéressantes : les vaisseaux de la pie-mère sont fortement injectés. Il existe une ecchymose de l'étendue d'une pièce de un franc sur la face inférieure du lobe droit du cervelet. A la surface des circonvolutions, on remarque sur chaque hémisphère cérébral huit ou dix anévrysmes miliaires. Il y en a un rompu sur la partie moyenne de la première circonvolution frontale droite qui a donné lieu à une hémorrhagie du volume d'un pois. Dans l'hémisphère gauche, il n'existe aucune lésion dans les parties profondes. Du côté droit, au contraire, nous trouvons un foyer d'hémorrhagie récente dans le noyau extra-ventriculaire du corps strié. Sur une coupe faite suivant le sillon prérolandique, le foyer se présente avec la forme et le volume d'une olive ordinaire, il ne touche pas en haut la capsule interne.

La forme des fractures de la colonne vertébrale et du sternum sembleraient indiquer un traumatisme qui a exagéré la courbure antérieure du tronc ; mais nous ne pouvons rien affirmer à cet égard.

Un autre point intéressant de cette observation est la coexistence d'un foyer d'hémorrhagie cérébrale récente par rupture d'un anévrysme miliaire. On pourrait se demander si la rupture n'a pas été déterminée par la chute ; mais il est plus vraisemblable d'admettre que la chute a, au contraire, été déterminée par l'hémorrhagie.

M. FÉRÉ fait remarquer qu'on peut en effet se demander si ces deux hémorrhagies siégeant sur le même hémisphère cérébral n'ont pas pu être déterminées par le choc. Mais, si

on regarde cette hypothèse comme la moins vraisemblable, ce fait reste intéressant à un autre point de vue. Il s'agit d'un ouvrier qui, pendant son travail, a fait une chute qui a déterminé ces lésions graves, de nature à avoir occasionné la mort. Ceux qui ont assisté à l'accident n'ont pas dû hésiter à rattacher la mort au traumatisme. Il est possible, vraisemblable même, que le patron, l'entrepreneur ou les assurances aient été requis de dédommager la famille de la victime qui semble avoir succombé du fait de sa chute attribuable à une mauvaise installation ou à un défaut de surveillance, tandis qu'en réalité l'accident est la conséquence d'une hémorrhagie cérébrale dont ne doivent être responsables ni le patron, ni l'assurance. Il y a donc intérêt pour la justice à ce que l'autopsie soit faite avec soin dans les cas de ce genre.

M. CHARCOT fait remarquer que M. Lépine a déjà agité cette question à propos d'un fait analogue.

M. LANDOUZY rappelle également un cas analogue et pense que la question mériterait d'être étudiée à fond.

34. Tubercule volumineux de la protubérance; par
L. GALLIARD, interne des hôpitaux.

Prosper Eurard, 42 ans, monteur en bronze, entre le 18 février 1880 dans le service de M. HAYEM, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Louis, n° 34.

Son père est mort aveugle à 68 ans. Sa mère est bien portante. Il nie l'alcoolisme et toute maladie vénérienne, à l'exception d'un écoulement urétral à l'âge de 19 ans. En 1858, impétigo de la face. L'an dernier, au mois de septembre, hémoptysies multiples. A ce moment, il eut des vomissements bilieux tous les matins, des rêves, quelques pertes séminales. Depuis lors, il a maigri et perdu ses forces. En décembre 1873, bronchite, mais pas d'hémoptysie; il a été soigné à l'hôpital Saint-Antoine par M. Duguet.

Huit jours avant son entrée, il a éprouvé de l'embarras de la parole et de l'affaiblissement du membre supérieur gauche. Il a remarqué également que sa tête faiblissait, la lecture le fatiguait vite, il avait des vertiges, de l'insomnie, de la diminution de la mémoire. Les membres inférieurs conservaient leur intégrité.

Actuellement, le malade a la parole un peu bredouillante, de la céphalalgie et des douleurs au niveau du thorax, la vue est un peu affaiblie. En outre, quelques symptômes

pulmonaires. Submatité au sommet droit avec quelques craquements humides, quelques frottements pleuraux; toux fréquente avec peu de crachats. Diagnostic : tuberculose au début et peut être tuberculose cérébrale. Traitement : tisane de lichen, Julep diacode, Kermès 0,15. Sirop de morphine, 20 gr.

24 février. L'état général reste bon, l'appétit conservé. Le malade se lève toute la journée. Il a encore de l'embaras de la parole, des vertiges, de la céphalalgie et des douleurs à la nuque. Bromure de potassium, 6 gr.

27 février. Il a eu dans le jardin un étourdissement, et n'a pu se défendre d'une chute.

6 mars. Mêmes symptômes céphaliques, pas d'attaque épileptiforme, ni de perte de connaissance, mais toujours des vertiges. M. Hayem interroge encore le malade au point de vue des antécédents syphilitiques et malgré ses dénégations lui prescrit 1 gr. d'iode de potassium. On remarque une grande différence de température entre les deux membres supérieurs, la main gauche est constamment plus froide que l'autre; le malade y éprouve de l'engourdissement, nous constatons là un affaiblissement très prononcé, sans lésion bien nette de la sensibilité.

8 mars. Encore des vertiges et de la céphalalgie. Iodure de potassium, 1 gr. 50.

9 mars. Un peu d'amélioration, la température de la main gauche semble plus élevée qu'hier.

10 mars. Nuit très mauvaise. Douleurs de tête très vives. Iodure de potassium, 3 gr. Hydrate de chloral, 3 gr.

9 mars. Examen ophthalmologique. Acuité visuelle parfaite. Contractilité des pupilles qui sont normalement dilatées. Caractères d'atrophie papillaire à la première période du côté droit (rougeur de la papille, légère saillie sans disparition de l'excavation centrale, ni variosités. Stries rayonnantes blanchâtres lui formant une auréole).

A gauche, l'état de la papille est à peu près le même, avec un moindre saillie papillaire et une moindre netteté des stries rayonnantes.

13 mars. Dans la soirée, survient une attaque avec perte de connaissance et convulsions. Le malade tombe plusieurs fois de son lit. — Extrait d'opium, 0,10 centigrammes.

14 mars. On trouve à la base du poumon droit des râles fins et de la submatité due à un point de pneumonie qu'on suppose en relation avec la diathèse tuberculeuse. Etat demi-comateux. Vésicatoire.

15 mars. L'intelligence est revenue. Affaiblissement des deux membres du côté gauche avec engourdissement et

refroidissement de la main ; perte de la notion de position des membres parésiés. Vertiges, impossibilité de se tenir debout. Râles de retour eu arrière à droite. Inappétence, langue sale. P. 104.

Iodure de potassium, 4 gr. ; chloral, 3 gr. ; kermès 0,30.

16 mars. Encore des râles fins à la partie moyenne du poumon droit. P. 96.

Soir. P. 128, face rouge, toux, crachats colorés en rouge. Subdélirium.

17 mars. Râles de retour dans les deux tiers inférieurs à droite.

18 mars. Le malade recommence à se lever. Même parésie avec phénomènes vaso-moteurs à gauche, refroidissement, coloration violette du membre supérieur.

20 mars. Céphalalgie intense, vertiges et chute. Traitement ut suprâ. Iodure de potassium, 4 gr.

24 mars. Encore un étourdissement avec chute brusque.

4 avril. Quelques symptômes de paralysie labio-glossolaryngée : parole embarrassée, bredouillante, paralysie des muscles de la bouche et écoulement involontaire de la salive. Pas de troubles de la vue, pas d'inégalité des pupilles, pas de troubles du sens de l'ouïe, pas de perte de l'intelligence. Les membres inférieurs s'affaiblissent, l'état général devient pire. Le malade maigrit.

Encore quelques signes pulmonaires : matité à droite en arrière, avec respiration soufflante, pas de râles ; en avant, râles sous-crépitaants et frottements.

5 avril. Violente céphalalgie, vertige et nouvelle chute.

15 avril. Céphalalgie, le malade a fait hier une chute. Ce matin, le membre supérieur gauche est devenu rouge et plus chaud que l'opposé, contrairement au fait habituel.

19 avril. Grande agitation. Délire de parole et d'action. Injection sous-cutanée de morphine.

29 avril. Amélioration, douleur moindre. Les vertiges ont cessé. La main gauche est toujours plus froide que la droite. Le malade recommence à descendre au jardin.

2 mai. L'amélioration signalée persiste, mais la vue s'affaiblit. L'examen ophtalmologique fait par M. Gille confirme encore le diagnostic : tumeur cérébrale, sans permettre de localisation précise.

7 mai. Les phénomènes cérébraux cèdent maintenant le pas aux thoraciques : matité aux sommets, gros râles sous-crépitaants. Crachats muco-purulents.

14 mai. Les troubles paralytiques reparaissent avec le vertige, mais sans céphalalgie.

15 mai. Des troubles dyspeptiques font interrompre la potion à l'iodure de potassium. On essaie des lavements avec 2 grammes de ce médicament.

20 mai. Le malade demande la suppression des lavements.

25 mai. Vertiges, perte de la mémoire, hallucinations, faiblesse, amaigrissement, pâleur de la face. Extrait de quinquina, sirop d'iodure de fer.

4 juin. La suppression de l'iodure de potassium ayant été suivie d'exaspération des symptômes cérébraux, on reprend le médicament à la dose de 2 gr.

5 juin. Iodure, 4 gr.

6 juin. Iodure 5 gr., fièvre le soir. P. 112.

8 juin. Acné iodique. Insomnie, injection de morphine.

3 juillet. Symptômes d'hémiplégie alterne. La face est paralysée à droite, les membres à gauche. Le refroidissement de la main droite augmente. Hébétude, perte de l'intelligence, parole bredouillante, pupille contractée.

7 juillet. Persistance des symptômes paralytiques, amaigrissement.

13 juillet. Strabisme convergent, dilatation des pupilles.

16 juillet. Le strabisme a disparu, les muscles oculaires se contractent mieux.

21 juillet. Les mouvements des yeux se ralentissent de nouveau. Le refroidissement du membre supérieur gauche a diminué. Contracture du membre droit.

5 août. Coma et mort rapide

AUTOPSIE faite par notre collègue M. Bellanger. — Les poumons ne présentent aucune lésion, pas de tubercules. Un peu d'épaississement de la plèvre en arrière à droite.

Les autres viscères n'offrent rien à noter. Le cerveau est sain, ne contient aucune tumeur. La protubérance est saillante et un peu indurée à sa partie inférieure. En faisant une coupe de cet organe, on trouve dans son épaisseur une tumeur ovoïde, grosse comme une petite noix, dont le grand diamètre dirigé horizontalement d'arrière en avant mesure 2 centimètres $1/2$ de longueur. Cette tumeur plus dure que le tissu environnant, de coloration blanchâtre, s'énuclée assez facilement du tissu qui l'environne et auquel elle est retenue par des filaments ténus. Développée dans le côté droit, elle dépasse cependant à gauche la ligne médiane, mais reste comprise tout entière dans la protubérance même; la paroi formée par celle-ci n'a, en bas, qu'une épaisseur de $1/2$ centimètre. En haut, cette paroi est réduite à une simple membrane fibreuse, qui, refoulée par la tumeur, fait saillie dans le quatrième ventricule.

A la coupe, il est facile de voir que le centre de la tumeur est ramolli, tandis que la périphérie conserve une certaine dureté.

L'examen histologique fournit des résultats qui permettent d'affirmer la nature tuberculeuse du néoplasme.

Sur des coupes qui comprennent à la fois l'écorce et le centre de la tumeur, on voit qu'il existe deux parties bien distinctes : 1° une périphérique dans laquelle existent des phénomènes d'inflammation et de prolifération active ; 2° une centrale où les éléments dégénèrent et se caséifient.

1° La couche périphérique a pour charpente un réseau délicat de tissu conjonctif dans les mailles duquel sont enserrées des cellules embryonnaires arrondies ou pisi-formes ; dans les parties les plus voisines de la superficie, se trouvent en outre des cellules polygonales pourvues d'un noyau plus ou moins visible et d'un protoplasma jaunâtre, granuleux. Ces cellules offrent de l'analogie avec celles de la substance nerveuse enflammée.

Dans cette même couche, les vaisseaux sont oblitérés par des masses fibrineuses ou contiennent des globules encore visibles, leurs gaines lymphatiques sont remplies d'éléments embryonnaires. Signalons enfin les cellules géantes situées en grand nombre dans les parties profondes de la même couche ; quelques-unes atteignent un volume considérable et contiennent un anneau de noyaux entourant leur masse protoplasmique ; certaines cellules géantes paraissent occuper la lumière d'un vaisseau où elles sont accolées à une masse fibrineuse.

2° La couche centrale, fibro-caséuse, déjà distincte de l'autre à l'œil nu, sur les coupes qu'on regarde par transparence, présente du tissu conjonctif coloré en rose par le carmin et des agglomérations cellulaires peu distinctes et qui deviennent d'autant plus compactes qu'on approche davantage du centre de la tumeur ; çà et là, des îlots de substance jaunâtre réfringente qui résistent aux agents de coloration. Les vaisseaux sont complètement oblitérés, entourés d'une gaine conjonctive assez épaisse. Le centre de la tumeur a une tendance bien nette à la caséification.

Le secrétaire,

Ch. FÉRÉ.

TABLE DES AUTEURS

CITÉS DANS CE VOLUME

A

AMIDON, p. 351.

B

BAILLET, p. 437.
BALLET, p. 141, 198, 350.
BARIÉ, p. 427.
BAZY, p. 345.
BARTH, p. 597.
BARBULÉE, p. 50.
BRAUMANOIR, p. 555, 569
BLÉ, p. 381.
BEURMANN (de), p. 144, 229.
BÉNARD, p. 525, 584.
BERNARD, p. 426.
BERTHAUT, p. 318, 567, 570.
BOITEUX, p. 249.
BOULEY, p. 258.
BOURDEL, p. 117, 430, 432.
BOURNEVILLE, p. 13.
BOYER (H. de) p. 228, 533, 618.
BRAULT, p. 272, 275, 572.
BRISAUD, p. 538.
BROCA, p. 460.
BROCQ, p. 418.
BROUSSIN, p. 458, 506.
BRUCHET, p. 215, 216.
BRUNEAU, p. 634, 636.
BRUNON, p. 323.

C

CARAFI, p. 636.
CASTEX, p. 584.
CEPPI, p. 599, 618.
CHERNÉ, p. 37, 592.

CHANTEMESSE, p. 441.
CHARCOT, p. 297, 317, 362, 459, 538,
544, 603, 654.
CHAUFFARD, p. 413.
CHENANTAIS, p. 169.
COCHEZ, p. 634.
COMBY, p. 243, 295.
CORNIL, p. 35, 574, 578, 602.
COSSY, p. 49.
COTTIN, p. 351.

D

DAMALIX, p. 351, 622.
DAUCHEZ, p. 650.
DEBIERRE, p. 111.
DEFONTAINE, p. 233, 288.
DÉJERINE, p. 78, 144, 151, 156, 176,
185, 205, 357, 362, 481, 537, 552,
553, 578, 579, 650.
DESNOS, p. 352, 424, 451, 489, 501,
503.
DESPRÉS, p. 593, 594.
DIETERLEN, p. 530.
DOLÉRIS, p. 351, 362.
DREYFUS-BRISAC, p. 229, 538.
DUBAR, p. 106, 209, 388.
DUPLAIX, p. 167, 189.
DURAND-FARDEL, (R.) p. 109, 110.
DURET, p. 72, 228, 525, 537, 538.

F

FARADREF, p. 475.
FÉRÉ, p. 61, 228, 237, 244, 290, 331,
350, 351, 382, 397, 445, 512, 514,
522, 525, 587, 653.

G

GALLOIS, p. 51.
 GALLIAUX, p. 435.
 GALLIARD, p. 191, 192, 256, 402, 403,
 438, 454, 493, 595, 607, 654.
 GAUCHER, p. 229, 477, 618, 572.
 GENDRON, p. 377.
 GIBIER, p. 281, 325.
 GILBERT, p. 331.
 GUELLIOT, p. 130, 263, 266.
 GUINARD, p. 337, 487,
 GUYOT, p. 623.

H

HACHE, p. 283.
 HANOT, p. 454, 475, 481.
 HAVAGE, p. 336, 588.
 HENRIET, p. 115.
 HOUEL, p. 60, 109, 130, 252, 270, 277,
 396, 451, 538, 593, 641.
 HUE, p. 115, 393, 584.

J

JAGOT, p. 133, 231.
 JALAGUIER, p. 55.
 JEAN, p. 95, 338.
 JOFFROY, p. 464.
 JOSIAS, p. 235, 332, 348, 362, 390,
 419.
 JUHEL-RÉNOY, p. 542.

K

KARTH, p. 383.
 KIRMISSON, p. 60, 112, 317, 594, 554.

L

LABAT, p. 206, 345, 618.
 LALESQUE, p. 198.
 LANDOUZY, p. 297, 356, 459, 538, 654.
 LAPERSONNE (de) p. 554.
 LATASTE, p. 522.
 LAUGIER, p. 322, 327.
 LAUNOIS, p. 283, 417.
 LE CLERC, p. 612, 613.
 LEDOUX, p. 61, 641.
 LEDUC, p. 636.
 LEGENDRE, p. 181, 539, 580.
 LELOIR, p. 62, 362, 363, 510, 602,
 641.
 LEROUX (H.) p. 305.

LETULLE, p. 39, 185, 207, 322, 383,
 476, 553, 554, 555.
 LEUDET, p. 515.
 LIANDIER, p. 240.
 LUC, p. 252.

M

MALASSEZ, p. 130, 331, 622, 643.
 MALÉCOT, p. 383.
 MALHERBE, p. 81, 169.
 MANAUD, p. 481.
 MARCHANT, p. 411.
 MARJER, p. 460.
 MATHIER, p. 544.
 MAUNOURY, p. 28, 32.
 MAYOR, p. 297, 437, 459, 485, 588.
 MERKLEN, p. 350, 351, 577, 597, 618.
 MEUNIER, p. 196.
 MONOD (Ch.) p. 119, 189, 240, 248,
 362, 401, 411.
 MOSSÉ, p. 96.
 MOUTARD-MARTIN (R.) p. 216, 317,
 341, 539.

N

NETTER, p. 232,
 NITOT, p. 208.

O

OLIVE, p. 383.
 OLLIER (d'), p. 13, 223, 476, 567, 603.
 OUDIN, p. 550.
 OZENNE, p. 176, 271, 297.

P

PETIT, (André), p. 472.
 PETIT (Alb.) p. 114.
 PETIT (Ch. H.), p. 216, 325, 348, 445,
 593, 594.
 PIOGEY, p. 351.
 PITRES, p. 66, 81, 85.
 POIRIER, p. 217, 362, 383, 411, 444.
 POULIN, p. 317, 362, 579.
 POUPON, p. 413.
 POZZI, p. 640.

Q

QUENU, p. 338, 341.
 QUINQUAUD, p. 351, 579.

R

RECLUS, p. 119, 271.
RENDU, p. 51, 64, 73, 84, 101, 105, 119,
120, 175, 181, 184, 185, 207, 283,
321, 325, 338, 351, 372, 382, 459, 526,
603.
REYNIER, p. 167.
ROBERT (Adh.), p. 47, 457, 492, 646,
548.
ROBERT (Alp), p. 138, 309, 314, 365,
372.
ROUSSEAU, p. 594.
ROUTIER, p. 622.
ROUXEAU, p. 234.

S

SALAT, p. 34.
SAVART, p. 135, 291, 294, 362, 594.
SCHACHMANN, p. 477.
SCHEVING, p. 644, 645.
SCHWARTZ, p. 595.
SEGOND, p. 160.

SÉNÉ, p. 510.
SINETY (de,) p. 164.
SOREL, p. 517.
STACKLER, p. 245, 285, 382, 481, 498,
526, 618.

T

TALAMON, p. 302, 344, 618, 649.
TERRILLON, p. 71, 73, 462.
THIBIERGE, p. 185.
THUVIEN, p. 339.
TURNER, p. 60.

V

VARIOT, p. 248, 282, 329, 362, 616,
621.
VERMEIL, p. 277.
VERNEUIL (G.) p. 427, 459.

W

WATSON, p. 651.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME

A

- ABCÈS** de la fosse iliaque, p. 61.
— du cerveau, p. 82, 209, 294, 650.
— du foie, 365, 377.
— périnéphrétique, 413.
— séreux de la cuisse, p. 417.
— du cervelet, p. 572.
ADÉNOPATHIE trachéo - bronchique, p. 111.
AÉRIENNES (voies), (corps étranger des), p. 397.
AINHUM, p. 623.
ANÉVRYSME de l'aorte, p. 285, 418, 641, 634.
— du tronc basilaire, p. 167.
— valvulaire aortique, p. 256.
ANOMALIE d'une côte, p. 290.
— des circonvolutions cérébrales, p. 28.
— du foie, p. 112.
— musculaire, p. 388.
— cardiaque (orifice pulmonaire muni de quatre valvules), p. 426.
AORTE (anévrisme de l'), p. 283, 418, 641.
— Rétrécissement de l'orifice aortique, p. 81.
— Insuffisance de l'orifice de l', p. 435.
APHASIE, p. 144, 176, 243, 577, 595.
(V. Cerveau, localisations, etc).
APOPLEXIE (V. poumon).
— testiculaire, p. 397.
— de la muqueuse vésicale, p. 584.
ARACHNOÏDE, plaques fibreuses de l', p. 350.

- ARTÈRE**, caillots dans (l') pulmonaire, p. 181, 235.
ASYMÉTRIE des circonvolutions cérébrales, p. 331.
ATHÉROME des artères des membres avec intégrité presque complète des artères de l'aorte et des gros troncs.
ATROPHIE partielle de l'hémisphère gauche, p. 411.

B

- BASSIN** (Asymétrie du), p. 522.
— fracture du sourcil cotyloïdien, p. 522.
BLEUE (maladie), p. 13.
BOTAL (Persistance du tronc de), p. 325, 352, 457, 501.
BRONCHES (dilatation des), p. 62.
BRONCHIQUES. Des rapports qui existent entre la longueur et la direction des ramifications bronchiques et la localisation des foyers de broncho-pneumonie, p. 464.
BRONCHIO - PNEUMONIE morbillieuse, p. 181.

C

- CACHEXIE** tellurique aigüe, p. 517.
CADUQUE utérine, p. 607.
CALCUL du pancréas, p. 491.
— du rein, p. 283.
CANCER de la vessie, p. 393.
— du testicule en ectopie, p. 403, 460.
— colloïde de l'épiploon et de l'estomac, p. 415.
— (Voir Cerveau, etc.)

— colloïde de l'estomac et du péritoine, p. 577.
CARIE du rocher, p. 302.
CASTRATION, 460.
CÉRÉBRALES (localisations), p. 85, 357, — V. Cerveau.)
CÉRÉBRO-SPINALE, méningite tuberculeuse, p. 435.
CERVEAU (ramollissement du) p. 85, 86, 87, 89, 144, 245, 451.
 — Asymétrie du, p. 223, 331.
 — Carcinôme du, p. 357.
 — Tumeurs du, p. 176, 282.
 — Gliôme du, p. 135, 481.
 — Hydatides du, p. 198, 424.
 — Tubercule du, p. 78.
 — Sarcôme kystique du, p. 115.
 — Syphilis du, p. 141, 245.
 — Abscès du, p. 86, 209, 294.
 — Compression de la zone motrice du, p. 66.
CERVELET.—(Hémorragie du), p. 51, 492, 644.
 — Abscès du, p. 302, 572.
 — (Tumeur du), p. 288.
 — (Kyste hydatique du), p. 402.
CIRRHOSE du foie, p. 636.
 — atrophique, 649.
CŒUR.—Végétations globuleuses du, p. 383.
 — Coagulations intra-cardiaques, p. 363 430.
 — (Plaie du), p. 55.
 — (Hypertrophie du), p. 235.
 — Rétrécissement mitral, p. 430.
 — Epithélioma secondaire du, p. 512.
CŒCUM.—(Cancer du), p. 133.
COLON.—(Hernie du), p. 646.
CONJONCTIVE, (sarcôme primitif de la), p. 599.
CORPS étranger à la face inférieure du foie, p. 427.
 — du pharynx, p. 526,
CORPS DE WOLFF, persistance du canal excréteur du, p. 271.
CÔTE anomalie d'une, p. 290.
CRANE, enfoncement de la région frontale gauche sans troubles fonctionnels, p. 427.
 — Fracture de la région postéro-externe de la base du, p. 432.
 — Perforation du, par un canif, p. 323.

CRICOÏDE (Fracture du), p. 226.
 — (Nécrose du), p. 592.
CROUP, p. 305.
CUBITUS (Pseudarthrose du), p. 595.
CYSTITE tuberculeuse, p. 277.
 — purulente, p. 106.
 — aiguë, p. 567.

D

DESSINS pour la démonstration des lésions relatives à l'autopsie, p. 356.
DIAPHRAGME, plaie du, p. 55.
DIPHTHÉRITIQUES, fausses membranes, p. 574, 602.
DISCOURS, p. 73.
DURR-MÈRE. (Hématôme de la), p. 64.

E

ELECTIONS, p. 11, 185, 362, 618, 636.
EMBOLIE de l'aorte, p. 252.
 — pulmonaire, p. 181.
EMPHYSÈME généralisé sous-cutané chez un tuberculeux, p. 472.
ÉNCHONDRÔME du moignon de l'épaulle, p. 383.
ENDOCARDITE végétante aiguë à forme infectieuse, p. 498.
 — ulcéreuse, p. 531.
EPIDIDYMIITE, p. 71.
 — expérimentale, p. 462.
 — injections périépididymaires, p. 119.
EPILEPSIE, p. 223.
 — partielle, p. 357, 467.
EPIPLOÏQUE, bride, p. 514.
EPISTAXIS, p. 338.
EPITHELIOMA calcifié des glandes salivaires, p. 169.
 — de la paupière, p. 458.
 — de la langue, p. 512.
ERYSIPELE chirurgical, p. 185.
 — de la face, p. 223.
 — gangréneux, p. 441.
ESTOMAC (Compression de l'), par un kyste, p. 120.
 — (Cancer de l'), p. 339, 350, 577.
 — (Cancer latent de l'), p. 297.
 — (Ulcère du), p. 350.
 — (Ulcères multiples du), p. 515.
 — (Perforation de l'), p. 515.
 — (Hernie de l'), p. 646.

EXOSTOSES symétriques, p. 249.

— **sous unguéales**, p. 621, 641.

F

FAUSSES membranes diphthéritiques, p. 574, 602.

FÉMUR. (Fracture par torsion de l'extrémité inférieure du, p. 445.

— (Fracture du), p. 522.

FIÈVRE typhoïde, p. 554.

— **Ataxo-adynamique**, p. 572.

FISTULE pancréatico-gastrique, p. 191.

FOIE anomalie du, p. 112.

— (Place du), p. 55.

— **hydatides** du, p. 51, 117, 520.

— **kyste hydatique suppuré** du, p. 390, 477.

— **Syphilis** du, p. 245.

— **Tumeur** du, p. 291.

FOSSE ILIAQUE, abcès de la, p. 61.

FRACTURES de onze côtes, du sternum, de la sixième vertèbre dorsale, p. 651.

— **intra-capsulaire** du col fémoral, p. 32.

— **du fémur**, p. 522.

— **par torsion** de l'extrémité inférieure du corps du fémur, p. 445.

— **longitudinale** de la rotule, p. 570.

— **de l'extrémité supérieure** du péroné, p. 232.

— **du bras**, p. 96.

— **des côtes**, p. 96.

— **du crâne**, p. 96.

G

GANGLIONS, dégénérescence caséuse des lymphatiques, p. 39.

— **épithélioma** des ganglions, cervicaux, p. 266.

GANGRÈNE du pied, p. 252.

— **du poumon**, p. 62.

— **de la bouche**, p. 101.

— **des extrémités**, p. 144.

— **des extrémités inférieures**, p. 555, 634.

GASTRITE chronique ulcéreuse, p. 309.

GLANDE sous-maxillaire, p. 208.

GLIOME des centres nerveux, p. 135.

GROSSESSE extra-utérine, tubaire, p. 481, 580, 607.

H

HÉMATOCÈLE de la bourse préotulienne, p. 215.

— **vaginale**, p. 234, 248.

HÉMATÔME de la dure-mère, p. 64.

HÉMIANESTHÉSIE, p. 151.

HÉMICHORÉE, p. 151.

HÉMIPLÉGIE, p. 151 (voir *cerveau*).

HÉMORRHAGIE cérébrale traumatique, p. 651.

— **cérébelleuse**, p. 51.

HÉMOTHORAX traumatique, p. 651.

HERNIE, double étranglement chez un enfant à la mamelle, p. 397.

— **inguinale congénitale** avec diverticule étranglé dans la vaginale, p. 487.

— **de l'estomac et du côlon transverse** à travers une perforation traumatique du diaphragme; p. 646.

HUMÉRUS, pseudarthrose de l', p. 216.

HYDATIDES du foie, p. 81, 117 (voir *kyste*).

— **du poumon**, p. 50.

— **du cerveau**, p. 198.

HYDROCÉPHALIE congénitale, p. 47.

HYDRONÉPHROSE, p. 192.

HYPERTROPHIE de la prostate, p. 150, 567.

— **du cœur**, p. 235.

I

IDIOTIE, p. 608.

IMPAUDISME, p. 101.

INFRACTUS pulmonaire, p. 383.

INSULA (Ramollissement du labule de l'), p. 451.

INTESTIN, rupture traumatique du gros, p. 337, 381.

— **Invagination intestinale**, p. 383.

— **végétations polypiformes** du gros, p. 489.

K

KYSTE hématisque périgastrique, p. 120.

— **hydatique** du foie suppuré, p. 390.

— **du cervelet**, p. 402.

— **du cerveau**, p. 424.

— **du poumon et du foie**, p. 520.

— **du rein**, p. 554.

— **multiples** de l'abdomen, p. 533.

L

- LANGUE**, cancer de la, p. 167.
 — épithélioma de la, p. 263.
 — lipôme de la, p. 263.
LARYNGITE pseudo-membraneuse, p. 572.
LARYNGOTOMIE inter-cricothyroïdienne, p. 266.
LARYNGOTYPHUS pseudo-membraneux et ulcéreux, p. 493.
LEUCOCYTHÉMIE, p. 240.
 — splénique latente, p. 272.
 — aiguë, p. 618.
LIPÔME, p. 594.
 — de la langue, p. 203.
 — de la région mammaire, p. 640.
LOCALISATIONS cérébrales (voir *cerveau*), p. 85.
LUXATION du genou, p. 232.
 — du pied en dehors, compliqué de fracture, p. 441.

M

- MACROGLOSSIE**, p. 329.
MALFORMATIONS congénitales, p. 28.
MAXILLAIRE nécrose phosphorée du, p. 196.
MÉNINGES, méningite cérébro-spinale tuberculeuse, p. 435.
 — méningo-encéphalite tuberculeuse, p. 90.
 — méningite de la base, p. 209.
 — pachy-méningite caséuse, p. 302.
 — dépôt de fer sur les, après cautérisations multiples au perchlorure de fer, p. 338.
MITRALE, insuffisance et rétrécissement, p. 81.
 — lésion, 618.
MODIFICATION du règlement, p. 95.
MONOPLÉGIE brachiale, p. 78, 89.
MÔLE hydatique, p. 231.
MOIGNON, note sur l'état des nerfs et des os dans les, p. 533.
MYOCARDITE interstitielle primitive, p. 144.
 — interstitielle chronique, p. 383.
MUSCLE ausiforme sous-claviculaire, tenseur de l'aponévrose superficielle, p. 388.

N

- NARINE**, papillôme de la, p. 587.
NÉCROSE du cricoïde, p. 592.
NÉPHRITE parenchymateuse, p. 81.
 — phosphorée, p. 194.
 — pyélo-néphrite tuberculeuse, p. 277.
 — calculeuse, p. 283.

O

- OBSTRUCTION** intestinale sans obstacle mécanique, p. 185.
ŒSOPHAGE, épithélioma de l', p. 323.
ORCHITE tuberculeuse, p. 277, 281.
OSTÉO-MYÉLITE suppurée, p. 248.
OTITE suppurée, p. 115.
OVAIRE (Cancer des), p. 297.
 — (Suppuration de l') gauche, p. 37.
 — (Péritonite aiguë à la suite de la compression de l'), p. 295.
 — (Kyste dermoïde de l'), p. 616.
OVIDUCTES (imperforation des), p. 229.

P

- PACHYMÉNINGITE** généralisée, 603.
PANCRÉAS (calcul du), p. 191.
PAPILLÔME de la narine, p. 587.
PAUPIÈRE (épithélioma de la), p. 458.
PEAU dans la scarlatine, p. 237.
PEMIPHIGUS SYPHILITIQUE, p. 206.
PERFORATION de la trachée et de la plèvre droite, p. 372.
PERICARDE. Péricardite tuberculeuse, p. 275, p. 645.
 — médiastino-pericardite calleuse, p. 503.
 — pericardite chronique, p. 419.
PERIOSTITE phlegmoneuse vertébrale, p. 217.
 — phlegmoneuse diffuse, p. 362, 444.
PERITOINE (carcinome du), p. 577, 379.
PÉRITONITE par perforation, p. 37.
 — (V. placenta, utérus, etc.).
 — par propagation, p. 332.
 — chronique partielle, p. 39.
PÉRONÉ (fracture du), p. 232.
PHARYNX (épithélioma du), p. 266.
PHLEGMASIA alba dolens, p. 258.
PHTHISIE pulmonaire.
 — (hémiplegie dans le cours d'une), p. 451.

PIED (mélanosarcome du), p. 176.
 PIERRE volumineuse, p. 506.
 PLACENTA, (rétention du) p. 233.
 PLAIE (V. Cœur, foie, diaphragme).
 PLEURÉSIE, p. 365, 419.
 PLÈVRE (plaie de la), p. 612.
 PNEUMONIE, p. 548.
 — double, p. 47.
 — suppurée au septième jour, p. 542.
 — chronique, p. 62.
 — d'allure bâtarde chez un syphilitique, p. 138.
 PNEUMOTHORAX, p. 309.
 POLYPE de la vessie, p. 34.
 — du col utérin, p. 382.
 POLYSARCIE, p. 427.
 POUMON, Examen histologique du fait présenté par M. Robert (p. 138), p. 485.
 — (Apoplexie du), p. 235.
 — (Hydatide du), p. 50, 520.
 — (Syphilis du), p. 245.
 — (Gangrène du), p. 62, 323.
 PRIX GODARD, p. 164.
 PROSTATE, (hypertrophie de la) p. 130, 567.
 PROTUBÉRANCE (Gliôme de la), p. 135.
 — (tubercule volumineux de la) p. 655.
 PSEUDARTHROSE, p. 32.
 — de l'humérus, p. 216.
 — du cubitus, p. 595.
 PUERPÉRISME, p. 181.
 PULMONAIRE. Infarctus, p. 393.
 — thrombose, p. 650.
 PYÉLONÉPHRITE, p. 333.

R

RACHITÔME, 437.
 Rapports sur la candidature de :
 MM. Desnos, p. 160.
 Havage, p. 588.
 Josias, p. 348.
 Labat, p. 345.
 Leloir, p. 156.
 Legendre, p. 539.
 Merklen, p. 597.
 Poirier, p. 411.
 Stackler, p. 481.
 Talamon, p. 341.
 RATE, (déchirure de la) p. 336.

— (Tuberculose de la) à forme spéciale, p. 510.
 RÉGLEMENT (modification au), p. 95.
 REIN, unique, p. 109.
 — (Reins soudés), p. 362.
 — (Rupture du) p. 336.
 — (Infarctus du) p. 144, 253.
 — (Kyste hydatique et déchirure traumatique du, p. 554.
 RÉTRÉCISSEMENT syphilitique de la trachée, p. 550.
 — de l'œsophage, p. 372.
 ROCHER (carie du), p. 302.
 ROTULE (fracture longitudinale de la), p. 570.
 ROUGEOLE, p. 181.
 RUPTURE de l'intestin grêle sans lésion des parois abdominales, p. 381.

S

SARCÔME primitif de la conjonctive, p. 599.
 — fuso-cellulaire de la région temporale, p. 613.
 — mélanique de la tempe droite ayant débuté par une tumeur érectile veineuse, p. 544.
 — kystique du cerveau, p. 115.
 — mélanique du pied, p. 176.
 SCARLATINE (lésion de la peau dans la), p. 237.
 SÉBACÉES (glandes) épithélioma des, p. 169.
 SIDÉROSE pulmonaire, p. 39.
 SPLÉNITE chronique, p. 101.
 STERNO-CLÉIDO MASTOÏDIEN (anatomie du), p. 475.
 SYPHILIS maligne généralisée, p. 245.
 — cérébrale, p. 141.
 — viscérale, p. 382.
 — rétrécissement de la trachée, p. 550.
 SYNCOPÉ dans la phlegmatia, 258.

T

TAILLE hypogastrique, p. 506.
 TELLURIQUE, cachexie aiguë, p. 517.
 TEMPORALE (région) sarcôme fuso-cellulaire de la, p. 613.
 TESTICULE apoplexie du (dans l'étranglement herniaire), p. 397.
 — tuberculeux, p. 115.

- migration tardive du, p. 460.
- injections périépididymaires, p. 119.
- Cancer du, p. 460.
- tumeur du, p. 189.

TRACHÉE (rétrécissement syphilitique de la), p. 550.

- (compression de la), p. 285.
- des tuberculeux, p. 35.
- (ulcération de la), p. 305, 306.

TROMPES (suppuration des), p. 37, 233.

— (perforation des), p. 229.

TUBERCULE de la protubérance, p. 654,

TUBERCULOSE du poumon du péri-
toine, p. 365.

— urinaire, p. 413.

— généralisée, p. 419.

TUBERCULEUX (coagulations intra-car-
diaques chez un), p. 363.

— pleuro-pneumonie, p. 612.

THROMBOSE du tronc veineux brachio-
céphalique, p. 314 (voir *poumon*,
phlegmatia).

TRACHÉOTOMIE, p. 305, 306.

TRONCAIRIEL brachio-céphalique (per-
foration du), p. 305.

TUMEUR (*Voyez cerveau, foie, etc.*)

U

ULCÉRATIONS intestinales, p. 332.

URINAIRE tuberculeuse, p. 413.

UTÉRUS (arrêt de développement avec
imperforation de), p. 229.

— myôme hydrorrhéique de l', p. 318.

— polype du col, p. 382.

URÉMIE, p. 277, 393.

V

VARICES de l'œsophage, p. 636.

VAGINALE (hématocèle de la), p. 234,
275.

VERTÈBRES (périostite phlegmoneuse
des), p. 217.

VARIOLE hémorrhagique, p. 109.

VESSIE (polype de la), p. 34.

— cellule vésicale, p. 106.

— valvule vésicale, p. 106, 130.

— apoplexie de la muqueuse vésicale,
p. 584.

N. B. — Les communications sur lesquelles il n'a été remis aucune observa-
tion ni aucune note ne sont pas indiquées dans la table, selon l'usage.

Les secrétaires,

LETULLE, CH. FÉRET.

